

Univerzita Karlova v Praze
Fakulta humanitních studií

Katedra řízení a supervize
v sociálních a zdravotnických organizacích

Bc. Lada Habrcetlová

Kvalita pečovatelských služeb na Rakovnicku

Magisterská práce

Vedoucí práce: MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.

Praha 2008

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně Univerzity Karlovy a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Rudě dne 1. 9. 2008

.....

Bc. Lada Habrcetlová

Poděkování

Děkuji vedoucí magisterské práce paní MUDr. Ivě Holmerové, Ph.D., za odborné vedení, poskytnuté rady a připomínky. Děkuji paní Bc. Zlatuši Lüftnerové, ředitelce Pečovatelské služby Rakovník, a Romaně Drakslové, ředitelce Okresní pečovatelské služby Nové Strašecí, o.p.s, za jejich pomoc a spolupráci. Poděkování taktéž náleží PhDr. Jiřímu Šafrovi za rady při zpracování kvantitativního výzkumu. V neposlední řadě děkuji paní Jitce Habrcetlové z projekční a geodetické firmy Progeka, v.o.s., za poskytnutí softwarového programu Kokeš 8.61.

MOTTO:

„Člověk má vědět, co bude dělat, až nebude moci dělat to, co dělá dosud.“

FERGUSON

OBSAH

ABSTRAKT	7
ABSTRACT.....	8
1. ÚVOD.....	9
2. TEORETICKÁ ČÁST	11
2.1. Problematika stárnutí a stáří	11
2.1.1. Gerontologie	11
2.1.2. Geriatrie	12
2.1.3. Stárnutí.....	12
2.1.4. Stáří.....	13
2.1.4.1. Dělení stáří	14
2.1.4.2. Změny ve stáří	15
2.2. Sociální služby týkající se seniorů.....	17
2.2.1. Definice, účel a charakteristika sociálních služeb	18
2.2.2. Členění sociálních služeb	21
2.2.3. Zřizovatelé, poskytovatelé a uživatelé sociálních služeb v ČR.....	21
2.3. Pečovatelská služba	23
2.3.1. Historické aspekty pečovatelské služby	24
2.3.2. Definice pečovatelské služby podle současné právní úpravy.....	29
2.3.3. Pojetí pečovatelské služby v praxi.....	30
2.3.4. Důsledky zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách	36
2.4. Obecné pojetí kvality	38
2.4.1. Kvalita jako pojem.....	38
2.4.2. Kvalita služby	39
2.5. Kvalita v sociálních službách	40
2.5.1. Měření kvality a jeho metody	40
2.5.2. Indikátory kvality	42
2.5.3. Standardy kvality sociálních služeb	43
3. EMPIRICKÁ ČÁST	45
3.1. Pečovatelské služby na Rakovnicku	45
3.2. Výzkum.....	48
3.2.1. Kvalitativní výzkum definování indikátorů kvality pečovatelských služeb u poskytovatelů, zřizovatelů a uživatelů	49
3.2.1.1. Technika kvalitativního výzkumu	50

3.2.1.2.	Cílový soubor respondentů pro kvalitativní výzkum.....	50
3.2.1.3.	Zpracování dat a průběh kvalitativního výzkumu	51
3.2.1.4.	Analýza kvalitativních dat	52
3.2.1.5.	Výsledky kvalitativního výzkumu	58
3.2.1.6.	Hlavní zjištění kvalitativního výzkumu	66
3.2.2.	Kvantitativní výzkum spokojenosti klientů pečovatelských služeb	66
3.2.2.1.	Výzkumný problém a cíl kvantitativního výzkumu spokojenosti klientů pečovatelských služeb.....	66
3.2.2.2.	Výzkumná otázka a hypotézy	67
3.2.2.3.	Cílová populace a způsob výběru respondentů.....	69
3.2.2.4.	Metodologie	70
3.2.2.5.	Proces zpracování kvantitativních dat	71
3.2.2.6.	Výsledky kvantitativního výzkumu	72
3.2.2.7.	Hlavní zjištění dotazníkového šetření spokojenosti klientů pečovatelských služeb.....	85
3.3.	Dostupnost pečovatelských služeb na Rakovnicku	87
3.4.	Diskuse dosažených výsledků	89
3.5.	Návrh doporučení na změnu v oblasti řízení kvality pečovatelských služeb na Rakovnicku	92
4.	ZÁVĚR	96
	LITERATURA.....	97
	PŘÍLOHY	101

ABSTRAKT

Magisterská práce s názvem „Kvalita pečovatelských služeb na Rakovnicku“ se zabývá kvalitou pečovatelských služeb na území bývalého okresu Rakovník ve Středočeském kraji České republiky. Práce je rozdělena do dvou hlavních částí, teoretické a empirické.

Teoretická část se zabývá kontextem pečovatelské služby. Pojednává o změnách ve stáří, které se ve vyšším věku projevují. Pozornost věnuje sociálním službám, jenž zejména senioři čerpají. V této pasáži je vysvětlena definice, účel, charakteristika a členění sociálních služeb. Dále se práce zabývá zřizovateli, poskytovateli a uživateli sociálních služeb. Detailněji je popsána oblast pečovatelské služby z hlediska historického i současného. Pojetí pečovatelské služby v praxi je její nedílnou součástí. Závěr teoretické části uvádí do problematiky kvality v sociálních službách a kvality obecně.

Úvod empirické části je věnován charakteristice pečovatelských služeb na Rakovnicku, kde výzkum probíhal. Následně je popsán kvalitativní výzkum, jehož cílem bylo zjistit, jaké jsou indikátory kvality pečovatelských služeb. Pro dosažení cíle kvalitativního výzkumu byla použita metoda dotazování, technika polostrukturovaného rozhovoru. Cílovou skupinou byli zřizovatelé, poskytovatelé a uživatelé pečovatelských služeb. Následně byl proveden kvantitativní výzkum. Dotazníkovou technikou jsem zjišťovala spokojenost uživatelů pečovatelských služeb na Rakovnicku. Respondenty pro tento výzkum se stali uživatelé pečovatelských služeb žijící ve svých domácnostech a v domech s pečovatelskou službou. Přidanou hodnotu magisterské práce tvoří analýza dostupnosti pečovatelských služeb.

Cílem magisterské práce bylo zmapování a analýza pečovatelských služeb na Rakovnicku se zaměřením na kvalitu poskytovaných služeb.

Výsledkem magisterské práce je doporučení určitých změn v oblasti řízení pečovatelských služeb, které podporují zlepšování kvality poskytovaných služeb.

Klíčová slova: sociální služby, pečovatelská služba, Rakovnicko, senior, osoba se zdravotním postižením, kvalita v sociálních službách, management organizace, změna.

ABSTRACT

The thesis „Quality of home help services in Rakovnicko” deals with the quality of home help services in the region of former administrative district Rakovník in the Central Bohemia Region of the Czech Republic. The thesis is divided into two main parts, theoretic and empiric.

The theoretic part deals with the context of home help services. The changes in old age which develops in seniority are discussed. The attention is paid to social services which above all the seniors draw. In this part the definition, purpose, characteristics and division of social services are explained. Further the thesis deals with founders, providers and clients of social services. The area of home help services is described in more details from the historic and present point of view. The concept of home help services in use practise is integral part of it. The conclusion of theoretic part introduces the problems of quality in social services and quality in general.

The introduction of the empiric part deals with the characteristics of home help services in Rakovnicko, where the research was carried out. Consequently the qualitative research which aim was to find which the indicators of quality of home help service are is described. For reaching the aim of qualitative research the method of questioning, technique of semi-structural interview was used. The aim group consists of founders, providers and clients of home help services. Subsequently the quantitative research was carried out. I was finding out the users’ contentment with the home help service in Rakovnicko by means of questionnaire technique. The clients of home help services who live in their own households or in the houses with home help services became informants for this research. The analysis of availability of home help services makes an added value of this thesis.

The aim of the thesis was mapping and analysis of home help services in Rakovnicko oriented to quality of home help services.

The result of the thesis is a recommendation of certain changes in the area of management of home help services which supports the improvement of the quality of provided services.

Key words: social services, home help services, Rakovník, senior, person with handicap, quality in social services, organization management, change.

1. ÚVOD

Senioři či osoby se zdravotním postižením se z důvodu vysokého věku, nepříznivého zdravotního stavu aj., ocitají v situaci, kdy potřebují pomoc ze strany rodiny, instituce nebo státu. Podle principu subsidiarity sociální politiky České republiky, pomoc a péči o člověka v nepříznivé sociální situaci zabezpečuje nejprve rodina, v dalším stupni organizace, poté stát. „Pomoc starému člověku v rodině vyžaduje značnou míru soudržnosti rodiny, která pomoc poskytuje. Sociální soudržnost pečující rodiny je podmínkou péče o starého člověka v rodině i výsledkem takové péče.“ (27, s. 7) V případě, že možnosti péče rodiny jsou omezené, pomoc seniorům či osobám se zdravotním postižením je třeba zabezpečit pomocí služby, která péči zajistí. Trendem, který v současné době hraje v sociálních službách dominantní roli, je deinstitutionalizace. Smyslem tohoto trendu je možnost setrvání člověka co nejdéle v jeho přirozeném prostředí. Terénní sociální služby naplňují tuto vizi, tudíž jejich působení v oblasti sociální péče je nezbytné.

V souvislosti s přijetím zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách vznikla povinnost poskytovatelům sociálních služeb zabývat se jejich kvalitou. Jmenovaný zákon klade požadavky na kvalitu poskytovaných služeb a stanovuje minimální standardy kvality, jež musí organizace poskytující sociální služby naplňovat. Zákon o sociálních službách, jenž jednotliví poskytovatelé musí plnit tím pádem zajišťovat kvalitu ve svých zařízeních, přinesl systém kvality.

Jedním z druhů sociálních služeb je pečovatelská služba, jejíž kvalitou se magisterská práce zabývá.

Jelikož jsem pracovala jako pečovatelka na Rakovnicku, vhodným tématem pro magisterskou práci byla právě problematika terénních sociálních služeb, pečovatelských služeb. V době, kdy jsem konkretizovala téma práce, se diskutovalo o novém zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. V té době na Rakovnicku začala své služby nabízet soukromá pečovatelská služba a mne zajímalo, jak kvalitně pečuje o své uživatele v porovnání se státní organizací. Proto jsem se rozhodla zaměřit se na kvality pečovatelských služeb na Rakovnicku.

Na Katedře řízení a supervize se již studenti ve svých magisterských pracích zabývali problematikou kvality v sociálních a zdravotnických organizacích, nicméně žádný z nich se nezaměřil na problematiku pečovatelských služeb. Jelikož jsem se na Rakovnicku narodila a stále tam žiji, zvolila jsem pro práci toto území České republiky.

Magisterská práce je rozdělena do dvou hlavních částí - teoretické a empirické.

Teoretická část se zabývá kontextem pečovatelských služeb. Jejich cílovou skupinou jsou všechny věkové kategorie osob, avšak nejčastějšími uživateli jsou senioři. Z hlediska této cílové skupiny teoretická část charakterizuje stáří a změny, které jej doprovázejí. Jelikož pečovatelská služba patří do oblasti služeb sociálních, patřičnou pozornost věnuje teoretická část definování pojmu „sociální služba“ a jejímu členění. Popisuje, kdo jsou uživatelé, poskytovatelé a zřizovatelé sociálních služeb. Hlavní kapitolou teoretické části je pojednání o pečovatelské službě v praxi. Kapitola popisuje historické mezníky vzniku pečovatelské služby, definuje pojem „pečovatelská služba“ podle současné právní úpravy a reflektuje současné problémy v praxi. Pro zpracování historických aspektů byly použity prameny literatury dostupné v Ústavu teorie a praxe ošetřovatelství 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Tyto informace nejsou běžně dostupné, proto byly získány z magisterských prací zpracovaných od roku 1984. Jelikož se magisterská práce věnuje kvalitě pečovatelských služeb, je teoretická část soustředěna na kvalitu v sociálních službách a kvalitu obecně.

Empirická část magisterské práce prezentuje výzkum, který byl realizován ve čtyřech pečovatelských službách na území bývalého okresu Rakovník ve Středočeském kraji. Cílem výzkumu i celé magisterské práce bylo zmapování a analýza pečovatelských služeb na Rakovnicku se zaměřením na kvalitu poskytovaných služeb. Tohoto cíle bylo dosaženo pomocí kvalitativního a kvantitativního výzkumu. Kvalitativní výzkum byl proveden na vzorku respondentů, jež tvořili uživatelé, poskytovatelé a zřizovatelé pečovatelských služeb na Rakovnicku. V rámci kvalitativního výzkumu jsem analyzovala indikátory kvality pečovatelských služeb. Kvalitativní výzkum prokázal, že nejdůležitějším ukazatelem kvality je spokojenost uživatelů. Kvantitativním výzkumem jsem ověřila, jaká je spokojenost uživatelů pečovatelských služeb. Přidanou hodnotu magisterské práce tvoří analýza dostupnosti pečovatelských služeb na Rakovnicku.

Výsledkem magisterské práce je doporučení určitých změn v oblasti řízení pečovatelských služeb, které podporují zlepšování kvality poskytovaných služeb.

Při zpracování magisterské práce jsem poznala, že kvalita poskytovaných služeb se u pečovatelských služeb na Rakovnicku liší. Záleží na vedení organizace, jak vnímá povinnost dodržování standardů kvality sociálních služeb a jak k otázce kvality přistupuje. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách udává povinnost zabývat se kvalitou poskytovaných služeb, ale otázkou zůstává, do jaké míry se kvalita stane pro organizaci vlastní a jak k neustálému zvyšování kvality management a zaměstnanci přistupují.

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1. Problematika stárnutí a stáří

Stárnutí populace je fenoménem současné doby. Za poslední desetiletí došlo k nárůstu počtu seniorů na celém území České republiky. Starých osob bude přibývat a Česká republika bude jednou ze zemí, které se tento fenomén bude týkat. Z tohoto důvodu je patrné, že potřeba a poptávka po sociální a zdravotní péči ze strany seniorů poroste a nároky na kvalitně provedené služby budou nezbytnou podmínkou.

Problematika seniorů, ale i osob znevýhodněných, se týká celé společnosti. Především by ji měli reflektovat a řešit politici na místní úrovni. To z toho důvodu, že disponují znalostmi o území, na němž vykonávají samosprávu a mají tak možnost řídit zdravotně sociální služby na daném území.

2.1.1. Gerontologie

Gerontologie, věda o stárnutí, je základem pro medicínu stáří, tj. geriatrii. Podstatu názvu tvoří dvě řecká slova. Gerón = starý člověk, stařec a logos = nauka. (16, s. 9) Jedním ze zakladatelů pojmu gerontologie je I. I. Mečnikov (1845 - 1916), mikrobiolog a nositel Nobelovy ceny, který je pokládán za „otce novodobé gerontologie“. (69, s. 94)

Mnoho autorů, odborníků na problematiku stárnutí a stáří, napsalo řadu definic vysvětlujících pojem gerontologie. „Gerontologie je nauka, soubor vědomostí o stárnutí a stáří, respektive o problematice starých lidí a života ve stáří.“ (30, s. 48) Jedná se o „multidisciplinární souhrn poznatků o stárnutí a stáří.“ (31, s. 24) Jelikož autorem výše uvedených definic je Z. Kalvach, přední geriatr České republiky, rozhodla jsem se pro jeho citaci, protože obecně vystihuje obsah vysvětlovaného pojmu. Ovšem i další autoři vysvětlují pojem gerontologie. I. Holmerová, předsedkyně České gerontologické a geriatrické společnosti, ředitelka Gerontologického centra v Praze, spolu se svými kolegyněmi doplňuje definici Z. Kalvacha o pohled na problematiku z hlediska biologického, demografického a sociálního. (23, s. 12) Taktéž H. Zavázalová dodává, že „gerontologie zkoumá zákonitosti, příčiny, mechanismy a projevy stárnutí a vypracovává vědecké podklady pro zdravé stárnutí a stáří a pro komplexní péči o staré občany. (73, s. 5)

Z výše uvedených definic je patrné, že vystihují starého člověka ve třech dimenzích - biologické, demografické a sociální. Tyto tři pohledy jsou základem pro komplexní péči

o seniory a jejich zdravé stárnutí a stáří. H. Haškovcová, profesorka lékařské etiky, uvádí, že gerontologie se tradičně dělí na tři hlavní části:

- Gerontologie experimentální
- Gerontologie sociální
- Gerontologie klinická (též nazývána geriatrií) (16, s. 9)

2.1.2. Geriatrie

Geriatrie je medicínou stáří. Jedná se o samostatný lékařský obor, který svoji pozornost soustřeďuje na osoby starší a staré, u nichž se vyskytují některá onemocnění najednou, odborně řečeno polymorbidita. Osoby starší a staré potřebují (včetně péče v základních medicínských oborech) specializovanou péči odborně vzdělaného geriatra a poradenství v tomto oboru. (15, s. 188 - 189) Autorem pojmu geriatrie je I. L. Nascher (1863 - 1944), americký lékař vídeňského původu. Poprvé tento pojem použil v roce 1909. (30, s. 49) Pojem má řecký původ. Ze slov gerón = starý člověk, stařec a iatró = léčím, vznikl název pro pojem geriatrie. (31, s. 25)

K diskutovanému pojmu se vyjadřuje celá řada předních odborníků v oblasti stárnutí a stáří, ale pro vysvětlení pojmu citují přední gerontoložky České republiky. H. Haškovcová uvádí, že „geriatrie se zabývá zvláštnostmi chorob ve stáří.“ (15, s. 189) I. Holmerová a kol. doplňuje, že „geriatrie se zabývá diagnostikou a managementem onemocnění ve stáří, ale také širšími souvislostmi z pohledu veřejného zdravotnictví.“ (23, s. 12) Snahou geriatrie je vybudování komplexního systému zdravotních a zdravotně sociálních služeb pro seniory. (11)

2.1.3. Stárnutí

Stárnutí je proces, na jehož konci je určitý stupeň stáří. (73, s. 9) Z. Kalvach, přední odborník v oblasti geriatrie, uvádí, že stárnutí je proces, který se dotýká celého života. Jeho příznaky se začínají projevovat na přelomu čtyřicátého a padesátého roku života, a to především v souvislosti s náročností prostředí. (31, s. 18) M. P. Dessaint se shoduje s definicí Z. Kalvacha v tom, že stárnutí je dlouhodobý proces a k fyziologickým změnám dochází většinou od čtyřicátého roku, tedy mnohem dříve, než se objeví vnější známky. M. P. Dessaint dodává, že dochází k postupnému vyvíjení (tzv. evoluci), ale také k úbytku tkání (tzv. involuci). Tento proces začíná již velmi brzy, od pěti let věku, a trvá celý život. (10, s. 10) V. Pacovský definuje stárnutí jako „cestu do stáří“. Jedná se o návaznost

nenávratných změn v organismu člověka, která je předem určena. (51) E. Jarolímová, stejně jako V. Pacovský, uvádí, že stárnutí je komplex změn ve složení a funkci organismu člověka. Autorka dodává, že se „jedná o změny v oblasti somatické, psychické, emoční a sociální.“ (23, s. 60)

Všichni autoři, které jsem výše uváděla, se shodují v tom, že stárnutí je proces, který provází člověka celý život. Je dlouhodobé. Dochází v něm ke změnám v organismu, které jsou nevratné. Důležité je uvědomit si, že každý člověk je individuum, tudíž lidé nemohou stárnout stejně rychle. Ani jednotlivé orgány nestárnou souběžně. Proto není podmínkou, že kalendářní věk musí odpovídat věku biologickému (fyziologickému). (73, s. 9)

2.1.4. Stáří

Stáří je „konečnou etapou procesu stárnutí“ či „konečnou etapou geneticky vyměřeného trvání života.“ (2, s. 29) Z hlediska ontogeneze (tzn. vývoje jedince od narození až do smrti) je stáří posledním vývojovým obdobím v životě člověka. Jedná se o přirozený nezvratný biologický proces, který je završen smrtí jedince. Toto vývojové období je do značné míry poznamenáno obdobím předchozím. Odráží se v něm životní styl člověka, kterým žil v obdobích minulých, především v období dospělosti. (13)

Uvedené definice mohou budit negativní dojem o stáří, neboť popisují jeho stinné stránky. Pohlédneme-li na tuto etapu života z opačného úhlu, spatříme období moudrosti, zkušenosti a zrání, tedy pozitivní aspekty stáří. Člověk by měl pohlížet na stáří jako na součást jeho života a přijmout ho. Zcela odlišnou definici od výše uvedených publikují C. Pichaud a I. Thareaud: „Starý člověk je ten, kdo v určitém společenství žije déle než ostatní“ nebo ten, který žil déle než většina v té době žijících lidí.“ (57, s. 24) Jednou z podmínek spokojeného stáří je přizpůsobení se tomuto období (tzv. adaptace). Lidé, kteří se nepřizpůsobili stáří, mohou zaujímat obranné postoje ke svým vrstevníkům a záměrně vyhledávat generace mladších lidí. Senioři, kteří se stáří dobře přizpůsobí, zaujmají tzv. konstruktivní postoj a nemají problémy s vyrovnáním se a přijetím vlastní smrti. Konstruktivní postoj je spojen s pozitivním přístupem k ostatním lidem, např. porozumění si s rodinnými příslušníky nebo s mladšími generacemi. Výše jmenovaný postoj pozitivně ovlivňuje kvalitu života člověka ve stáří. (23, s. 61) Je všeobecně známo, že se prodlužuje střední délka života, avšak o kvalitě lidského života, především kvalitě života ve stáří, se hovoří až v posledních letech.

Zamyslíme-li se, co znamená pro seniora kvalita života ve stáří, můžeme konstatovat, že samostatnost, nezbytné finanční prostředky a podílení se na

spolurozhodování o sobě, je pro starého člověka důležitou hodnotou. (68, s. 11) Mýty, které zkreslují pohled na stáří, výstižně popsala H. Haškovcová, ve své knize Fenomén stáří (1989). (14, s. 28 - 33)

2.1.4.1. Dělení stáří

Z medicínského i demografického hlediska se za počátek stáří považuje věk 65 let. (23, s.27) Dělení stáří je možné na základě mnoha hledisek. Jako rozčleňující faktory můžeme použít např. věk nebo ekonomickou aktivitu.

Dělení stáří podle věku:

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) se vyšší věk rozděluje následovně:

- ▶ 45 – 59: střední/ zralý věk
- ▶ 60 – 74: vyšší věk/ rané stáří (senescence)
- ▶ 75 – 89: stařecký věk/ vlastní stáří (senium)
- ▶ 90 let a výše: dlouhověkost (16, s. 10)

Dělení stáří podle WHO bylo použito pro třídění dat získaných od respondentů v rámci kvantitativního výzkumu pro magisterskou práci. Respondenty byli senioři žijící ve svých domácnostech a domech s pečovatelskou službou. Z toho plyne, že relevantním dělením stáří pro účely této magisterské práce je právě výše jmenované třídění podle WHO.

Existují i jiná dělení stáří:

- ▶ 65 – 74: young old/ rané, mladší stáří
- ▶ 75 – 84: middle old/ vlastní, střední stáří
- ▶ 85 let a více: old/ vysoké stáří

Dělení stáří podle ekonomické aktivity:

- ▶ Produktivní věk
- ▶ Post-produktivní věk (13)

Toto dělení je nepřesné a zavádějící, protože doba odchodu do důchodu se liší nejen uvnitř jednotlivé populace, ale i mezi jednotlivými zeměmi. Toto dělení je východiskem ageismu (diskriminace seniorů). Je třeba si uvědomit, že i stáří je produktivní etapou života člověka.

2.1.4.2. Změny ve stáří

V období stáří se senior vyrovnává s celou řadou změn. Jedná se o změny vnější a vnitřní. Změnami vnějšími rozumíme především „odchod do důchodu, změnu sociální role, životního stylu, ztrátu určité „moci“, někdy i se vznikající závislostí na druhých osobách, sociální prostředí, úmrtí blízkých, vrstevníků nebo institucionalizací.“ Změny vnitřní jsou změny odehrávající se uvnitř lidského těla. (23, s. 61)

Změny ve stáří probíhají ve třech dimenzích, které jsou navzájem propojené:

- tělesné
- psychické
- sociální

Tabulka 1: Změny ve stáří.

Tělesné změny	Psychické změny	Sociální změny
<ul style="list-style-type: none">▪ změny vzhledu▪ úbytek svalové hmoty▪ změny termoregulace▪ změny činnosti smyslů▪ degenerativní změny kloubů▪ změny srdečního rytmu▪ změny trávicího systému▪ změny sexuální aktivity	<ul style="list-style-type: none">▪ zhoršení paměti▪ obtížnější učení se novým věcem▪ nedůvěřivost▪ snížená sebedůvěra▪ předpoklad pro ovlivňování myšlení (tzn. sugestibilita)▪ emoční nestálost (tzn. labilita)▪ změny vnímání▪ zhoršení úsudku	<ul style="list-style-type: none">▪ odchod do důchodu▪ změna životního stylu▪ stěhování▪ ztráty blízkých lidí▪ osamělost▪ finanční obtíže

Zpracováno podle M. Venglářové (68, s. 12)

Výše uvedená tabulka zobrazuje dimenze, ve kterých dochází ke změnám v období stáří. Tyto dimenze jsou navzájem propojeny a ovlivňují se navzájem. Nejdříve patrné jsou změny vnějšího vzhledu člověka (např. snížení postavy a váhy). Provázanost změn je především v oblasti somatické a psychické. Podle E. Jarolímové se u 90 % lidí po 60. roce zhorší zrak a u 30 % osob se projeví nedoslýchavost (presbyakuzie). Tato skutečnost ovlivňuje sociální život jedince. Důsledkem může být snížení výkonu v mnohých aktivitách (četba, poslech hudby, hovory s ostatními lidmi). Dopady na psychiku člověka se mohou projevit uzavřením, izolací až podezíravostí člověka vůči ostatním lidem. Tito lidé se domnívají, že ostatní hovoří „před nimi o nich“, neboť oni je neslyší. (23, s. 62)

Řešení tohoto období spočívá ve správné komunikaci či nonverbální komunikaci (obětí, pohazení, úsměv, oční kontakt) jak ze strany rodiny, tak pracovníků ústavních

a residenčních zařízení. Snaha o získání důvěry a porozumění je nezbytnou součástí přístupu k těmto lidem. (23, s. 62)

Změny, které se odehrávají v období stáří, jsou častým důvodem, proč člověk vyhledá pomoc pečovatelské služby. Ku příkladu tělesné změny jsou důvodem pro sjednání úklidu, donášky nákupu či obědů, odvozu k lékaři, neboť degenerativní změny kloubů nedovolí seniorům obstarat si úkony sami.

2.2. Sociální služby týkající se seniorů

Lidský život je spojen s pozitivním, ale i negativním obrazem stáří. Nemoci ve stáří, změny v oblasti biologické, psychické a sociální, invalidita a chudoba jsou strastmi, se kterými člověk musí vést boj. Ovšem každý člověk má jisté hranice sil, za kterými sám svoji situaci není schopen zvládnout. Pomoc proto musí přijít buď ze strany rodiny, osob blízkých nebo systému poskytující jak zdravotní, tak i sociální péči.

V případě, že onemocní člověk ve stáří, kontaktuje lékaře první linie, tedy lékaře praktického, u kterého je registrován. Po vyšetření a konzultaci s pacientem, by měl praktický lékař svěřit seniora do péče geriatra ve specializované oblasti medicíny. Z. Kalvach uvádí, že základem vztahu lékař – pacient by měla být nezbytná úroveň geriatrického vzdělání na straně lékaře, jeho osobnost, ale také osobní zkušenost se starými lidmi. Praktický lékař by měl být „brilantním expertem“, který odhalí onemocnění a léčí jej, ale také lidský a empatický vůči pacientovi. Neměl by jej opouštět tam, kde končí jeho „medicína chorob“ a do popředí se dostávají problémy, které do medicíny nepatří (např. pády, rehabilitace apod.). Praktický lékař by měl být „průvodcem pacientů jejich chronického stonání“. (29, s. 36) Jak uvádí H. Haškovcová, nemocní lidé ve stáří čerpají nabídku veškerých služeb zdravotnických zařízení i všech medicínských oborů. Proto je kladen důraz na vzdělání profesionálů právě v oblasti gerontologie. (16, s. 44) Z tvrzení H. Haškovcové, přední odborníci v oblasti gerontologie, je zřejmé, že by praktičtí lékaři měli doporučit své geriatrické pacienty do rukou odborníků v daném oboru, neboť není v silách praktiků poskytnutí odborné péče těmto pacientům a udržení jejich soběstačnosti. B. Jurašková na Pražských gerontologických dnech 2008 uvedla, že důvodem, proč se seniorovi nedostává od praktického lékaře potřebná péče, je nedostatečná motivace lékařů první linie. Péče o staré občany je velice náročná a zdoluhavá. Dále B. Jurašková upozornila, že je v praxi možné setkat se i s případy, kdy praktičtí lékaři odmítají přijímat staré občany do své praxe. (28) P. Weber na Pražských gerontologických dnech 2008 uvedl, že kvalita praktického lékaře se pozná tak, jak se pečuje o staré nemocné. (72) Praktický lékař indikuje domácí péči, jenž navazuje na první stupeň zdravotnické péče, což je lékař první linie. Domácí péče, kterou zajišťují specializované agentury, umožňují setrvání seniora v domácím prostředí a pozitivně ovlivňují jeho psychický stav. Ten příznivě ovlivňuje jeho zotavení, tudíž trvání léčby je kratší než v nemocničním prostředí. Jestliže dojde ke zhoršení zdravotního stavu seniora v domácím ošetřování, pomoc musí zajistit zdravotnické zařízení, nemocnice. B. Jurašková ve své přednášce uvedla, že systém zdravotnické péče je realizován ve třech stupních: akutní hospitalizace, doléčení

a rehabilitace a ošetrovatelská péče. Tento systém péče je nazýván Enabling model, jehož cílem je aktivně vyléčit, zrehabilitovat a vrátit pacienta do jeho přirozeného prostředí. (28)

Druhou složkou, která poskytuje péči osobám stárnoucím a starým, je sociální sektor. Sociální sektor navazuje na sféru zdravotnictví.

Jelikož ústředním tématem této magisterské práce jsou sociální služby, pozornost bude níže věnována zejména sektoru sociálnímu.

Výše uvedené dělení sektorů, které poskytují péči seniorům, není z praktického hlediska v pořádku. Jak uvádí I. Holmerová, potřeby seniorů jsou ucelené, a proto je třeba docílit propojenosti a návaznosti zdravotního a sociálního sektoru. V současné době systém zdravotní a sociální péče propojen není. Staří lidé jsou často dlouhodobě nemocní a pouze sociální služby jsou pro ně nedostačující. Jejich zdravotní stav je složitý, návrat soběstačnosti zdoluhavý, tudíž s nimi zdravotní sektor nepočítá. Problematika dlouhodobých pobytů ve zdravotnických zařízeních není vůbec řešena. (23, s. 50)

Od 1. 1. 2007 je v platnosti zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, který zásadně změnil situaci poskytovatelů, zřizovatelů i uživatelů sociálních služeb. Než tento zákon nabyl účinnosti, se sociální služby řídily podle zákona č. 100/1988 Sb. o sociálním zabezpečení a vyhláškou 182/ 1991 Sb., kterou provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon ČNR o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení. (65, s. 2 - 24) Nový zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách má řadu nedostatků, ale jedná se o moderní právní úpravu, která je srovnatelná s legislativou řady evropských zemí. (58, s. 7)

O změnách, které zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách způsobil vzhledem k tématu magisterské práce, bude pojednáno v kapitole 2.3.4. Důsledky zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

2.2.1. Definice, účel a charakteristika sociálních služeb

Sociální služby se týkají lidí v jejich přirozeném prostředí. Zaměřují se na člověka, jeho rodinu a jejich sociální síť. Posláním sociálních služeb je „snaha umožnit lidem, kteří jsou v nepříznivé sociální situaci, zůstat rovnocennými členy společnosti a využívat jejich přirozených zdrojů, žít nezávisle, v kontaktu s ostatními lidmi a v přirozeném prostředí.“ (8) Cílem sociálních služeb je znovuzískání a udržení místa ve společnosti, ve které člověk žije, pokud není schopen sám toho dosáhnout.

Sociální služby se poskytují na základě individuální potřeby jedince a celkových potřeb jeho komunity. Každý člověk má jiné potřeby, proto nabídka sociálních služeb musí být taková, aby byla schopna tyto potřeby flexibilně uspokojit. (1, s. 8) Podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách je pojem *sociální služba* definován jako „činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.“ (74) „Sociální služby jsou specializované činnosti, které mají člověku pomoci řešit jeho nepříznivou sociální situaci.“ (8) L. Průša uvádí, že sociální služby jsou zcela významné činnosti státu, samosprávy a nestátních neziskových organizací, které reagují na potřeby společnosti a řeší jejich problémy. Příznivě tak ovlivňují sociální prostředí společnosti. (59, s. 11) Podle I. Tomeše, sociálního politologa, který svoji publikaci napsal před vznikem zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, se pojem sociální služba (anglicky social service) používá v níže uvedených souvislostech:

- „jako druh sociální péče poskytované konáním (službou) státní (obecní) instituce ve prospěch jiné osoby“,
- v širším slova smyslu „jako činnosti (výkony) ve prospěch občanů poskytované soukromoprávní nebo veřejnoprávní institucí přímo nebo za podpory veřejnoprávní instituce“,
- „jako sociální práce (odborná činnost profesionálních pracovníků) ve prospěch lidí v sociální nouzi.“ (64, s. 29)

J. Michalík upozorňuje, že „rozsah, forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob, působit na ně aktivně a podporovat rozvoj jejich samostatnosti.“ (46, s. 16) Země Evropské unie pod pojem *sociální ochrana* zahrnují zdravotnictví, sociální služby i dlouhodobou péči, sociální ochranu jednotlivců, rodin a skupin, bydlení a zaměstnanost. (47, s. 4) Jedná se o problém České republiky, kde systém zdravotní a sociální péče není propojen, což je ovšem na škodu věci.

Uvedené definice, které vycházejí z uvedeného konceptu, vyjadřují ucelené vysvětlení obsahu pojmu sociální služba. Pojednávají o poskytovatelích sociálních služeb, dále hovoří o tom, komu je sociální služba určena, tedy kdo je příjemcem a následně kdo sociální službu vykonává. Ovšem prioritu ve významu pojmu jednotlivé definice spatřují odlišně. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách klade důraz na sociální začlenění a prevenci sociálního vyloučení jedince ze společnosti. L. Průša poukazuje na potřeby lidí a řešení jejich problémů a následně I. Tomeš, hovoří o činnostech ve prospěch lidí v sociální nouzi.

Jmenovaní odborníci se shodují v tom, že sociální služba pomáhá lidem, které postihla tzv. *sociální událost* (anglicky contingency).

V životě člověka nastává mnoho situací, se kterými se musí vyrovnat. Tyto situace se označují v oblasti sociální politiky jako sociální události. *Sociální událost* se podle I. Tomeše, označuje jako „riziko, které je společensky uznáno za závažné a vyžadující společenskou ochranu, protože postižená osoba nebo rodina nejsou schopni jeho důsledky odvrátit.“ Nejčastější sociální události jsou události spojené se zdravotním stavem, rodinou, věkem, nezaměstnaností, nouzí a společenským nepřizpůsobením. Jestliže se člověku přihodí sociální událost, má právo na určitou formu ochrany. Tou může být např. získání dávky nebo sociální služby. (64, s. 117 - 120) *Příjemci sociálních služeb* jsou podle O. Matouška společensky znevýhodnění lidé. (43, s. 9) L. Kozlová upřesňuje, že „sociální služby jsou poskytovány občanům, kteří je potřebují vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebo věku a kteří bez pomoci společnosti nemohou překonat tíživou sociální situaci.“ (35, s. 18) Neposledním *cílem* sociálních služeb je zlepšit kvalitu života uživatele sociální služby a v maximální míře ho integrovat do společnosti. (43, s. 9) Ministerstvo práce a sociálních věcí informuje o dalších cílech sociálních služeb:

- ♦ udržení soběstačnosti jedince, možnost zůstat či navrátit se do domácího prostředí a zachování životního stylu uživatele,
 - ♦ samostatný život uživatele,
 - ♦ eliminovat sociální a zdravotní rizika, která se vztahují k životnímu stylu uživatele.
- (3)

Důležitost sociálních služeb spočívá především v tom, že bez jejich existence a pomoci by mnoho lidí nemohlo žít společenský život, neměli by možnost uplatňovat svá lidská a občanská práva a riziko sociálního vyloučení by mnohonásobně vzrostlo. (35, s. 17)

Sociální služby podle E. Fúzikové by měly splňovat následující *charakteristiky*:

- ♦ dostupnost - informační, místní, časová, finanční, architektonická i psychologická
- ♦ standardní kvalita
- ♦ komplexnost, variabilnost, flexibilita
- ♦ individualita jedince - schopnost přizpůsobit se potřebám jednotlivce
- ♦ efektivnost - optimální kombinace potřebnosti, ceny a kvality
- ♦ provázanost a informační propojenost - spolupráce s ostatními subjekty
- ♦ kontrolovatelnost (10, s. 13 - 14)

J. Michalík dodává, že jednou z charakteristik sociálních služeb by měla být i jejich bezpečnost. (46, s. 16)

2.2.2. Členění sociálních služeb

V důsledku přijetí nového zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách se sociální služby dělí do nových kategorií. Jak uvádí O. Matoušek, nové dělení sociálních služeb je do jisté míry převzaté z německé právní úpravy. (43, s. 43)

Obecně se sociální služby dělí podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách na:

- *sociální poradenství*

Sociální poradenství se rozděluje na základní a odborné. Základní poradenství především poskytuje informace, které napomáhají řešit nepříznivou sociální situaci uživatele. Odborné sociální poradenství je poskytováno ve specializovaných poradnách a zaměřuje se na potřeby uživatelů.

- *služby sociální péče*

Služby sociální péče umožňují diagnostikovat fyzickou a psychickou soběstačnost jedince. Cílem je zapojení jedince do běžného společenského života. V případě, že zdravotní stav osoby toto neumožňuje, cílem je zajistit „důstojné prostředí a zacházení.“

- *služby sociální prevence*

Jedná se o služby, které „napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou ohroženy krizovou sociální situací, jejich návyky a způsob života vedou ke konfliktu se společností.“ Cílem je pomoci osobám překonat nepříznivou sociální situaci a „chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.“ (43, s. 43 - 45) J. Králová a E. Rážová uvádějí ve své publikaci formy, ve kterých se tyto služby mohou poskytovat:

- pobytové (uživatel je ubytován v zařízení sociálních služeb)
 - ambulantní (uživatel dochází, je doprovázen nebo dopravován do zařízení sociálních služeb)
 - terénní (služby jsou uživateli poskytovány v jeho domácím prostředí)
- (36, s. 50 - 51)

2.2.3. Zřizovatelé, poskytovatelé a uživatelé sociálních služeb v ČR

V úvodu vysvětlím následující pojmy:

- *Zřizovatel* – subjekt, který za práci poskytovatele odpovídá
- *Poskytovatel* – subjekty, které sociální službu přímo poskytují (tzv. stakeholders)
- *Uživatel* (klient) – osoba, která spotřebovává sociální služby. Je partnerem poskytovatele, a proto je možné označovat ho jako zákazníka. (43, s. 12)

Zřizovateli v České republice mohou být:

1. Obce

Obce zřizují sociální služby v rámci své samostatné působnosti dvojím způsobem:

- *Vlastní organizační složky bez právní subjektivity* (použití tohoto způsobu lze využít u sociální služby, kde není třeba velkého počtu personálu, technického vybavení a prostor)
- *Příspěvkové organizace s vlastní právní subjektivitou* (pokud obec zřizuje sociální službu náročnou na výše uvedené požadavky, využívá se forma příspěvkové organizace)

Názorným příkladem může být Pečovatelská služba Rakovník, největší poskytovatel pečovatelské služby Rakovníku, která je příspěvkovou organizací města Rakovník. V současné době jsou obce nejčastějšími zřizovateli pečovatelských služeb, ovšem své místo na trhu zauímají i soukromí poskytovatelé, kteří se snaží vyplnit mezeru na trhu sociálních služeb. Mezerou péče je absence celodenní péče, která je zabezpečena pouze malým procentem organizací. Tato situace je patrná i na Rakovníku. Více informací poskytne empirická část.

2. Kraje

Kraje, v rámci své působnosti, jsou zřizovateli stejných forem sociálních služeb jako obce. O. Matoušek uvádí, že po roce 2002 kraje převzaly převážnou část zařízení ústavní péče, jejichž zřizovatelem byly okresy.

3. Ministerstvo práce a sociálních věcí

MPSV může být zřizovatelem zařízení sociální péče. V dnešní době ministerstvo zřizuje specializované ústavy, které mají celostátní působnost.

4. Nestátní neziskové organizace

Je možné, aby zřizovatelem i poskytovatelem byly nestátní neziskové organizace (tzv. NNO). NNO získávají finanční prostředky na svoje aktivity z rozpočtů obcí, krajů a ministerstev, tedy z veřejných rozpočtů. Ovšem výše uvedené dotace nemohou vymáhat, nemají na ně nárok. Nestátní neziskové organizace začaly v České republice vznikat od roku 1990. Do poloviny devadesátých let vznikaly NNO jako občanská sdružení.

Dnešní právní formy NNO jsou: a) občanská sdružení, b) příspěvkové organizace, c) obecně prospěšné společnosti (o.p.s.) d) církevní právnické osoby, e) nadace, f) nadační fondy.

Nadace jsou odlišnou formou nestátní neziskové organizace, neboť je jim dovoleno poskytovatele sociálních služeb pouze financovat, nikoli sami sociální službu poskytovat.

5. Fyzické osoby

Poskytovateli sociálních služeb v České republice také mohou být fyzické osoby, které na základě živnostenského listu vykonávají pečovatelskou činnost. (43, s. 12 - 15)

2.3. Pečovatelská služba

Ve společnosti existovala a bude existovat i nadále skupina starých nesoběstačných lidí, která bude odkázána na pomoc společnosti. Dříve převažovala ústavní forma péče (domovy důchodců). Žádosti do těchto zařízení byly pro starého člověka určitou jistotou, že v případě náhlého zhoršení zdravotního stavu bude o něj postaráno. Ústavní forma péče měla mnoho nedostatků, proto staří lidé nikterak nespíchali s jejím zahájením. Oddálení nástupu, prodloužení setrvávání v domácím prostředí, bylo pro seniora určitým ziskem. (33, s. 5 - 7)

V současné době je státem podporována koncepce podpory terénních sociálních služeb, které umožňují starým nesoběstačným občanům setrvat co nejdéle v jejich přirozeném prostředí. Důvodem je finanční náročnost ústavní péče a trend deinstitucionalizace.

Jak uvádí H. Haškovcová, strategie deinstitucionalizace byla navržena již v roce 1982 na Světovém shromáždění o stárnutí a stáří ve Vídni. (16, s. 45)

Ministerstvo práce a sociálních věcí na svých internetových stránkách¹ informuje, že země Evropské unie se od sedmdesátých let dvacátého století snaží realizovat „proces deinstitucionalizace a podporovat právo žít v přirozené komunitě pro všechny občany.“ Jelikož tuto politiku přijala i Česká republika, schválila tak vláda „koncept transformace pobytových sociálních služeb“. Cílem vlády ČR je podpora těch poskytovatelů sociálních služeb, kteří poskytují či budou poskytovat sociální služby reagující na individuální potřeby uživatelů v jejich přirozeném prostředí. Budování ústavní sociální péče je finančně náročné a v mnohých případech nehumánní, proto je snahou podporovat a rozvíjet terénní a ambulantní sociální služby. (75)

V současné době existuje mnoho možností, jak uspokojit potřeby seniorů se sníženou soběstačností v domácím prostředí. Rozhodnutí a volba konkrétní pomoci především spočívá v míře zachovaných schopností seniora, ale i rozsahem nabídky sociálních služeb. (69, s. 5)

Jedním z druhů terénních služeb sociální péče, která naplňuje požadavky koncepce transformace pobytových sociálních služeb, je *pečovatelská služba*. Jedná se o nejvíce rozšířenou terénní sociální službu na území České republiky. (35, s. 18)

V následujících kapitolách bude diskutována problematika pečovatelské služby.

¹ www.mpsv.cz

2.3.1. Historické aspekty pečovatelské služby

Problematika gerontologie, geriatrie a systému péče o seniory, má u nás dlouholetou tradici. Je pozoruhodné, že historii ošetrovatelství a především pečovatelské činnosti, můžeme sledovat již od roku 1920. Tradice je to dlouholetá a již tehdy byla na dobré úrovni. Vzpomeňme si na geriatrické sestry, které byly nahrazeny dnes populární domácí ošetrovatelskou péčí. Home care pochází z USA a do tehdejší Československé republiky byla zavedena Blankou Misconiovou v roce 1990. Profese geriatrické sestry byla zrušena. Otázkou zůstává, zda české země potřebovaly změnu systému v ošetrování lidí. Geriatrické sestry, podle mého názoru, byly stejně kvalitní jako sestry domácí péče, proto bych v krátkosti vyzdvihla historické aspekty ošetrovatelství, zejména pečovatelské činnosti, neboť odborná veřejnost by neměla zapomínat na počátky péče o seniory.

První informace o **pečovatelské službě** jsou známy od roku 1920. Jednalo se o formu pomoci starým občanům v jejich domácnostech, kterou zabezpečovaly členky Československého červeného kříže. Jejich práce spočívala především v pomoci seniorům s udržováním osobní hygieny, čistoty v domácnosti, vaření apod. (56) V roce 1925 byly v hlavním městě Praze zavedeny organizované instituce ošetrovatelek a pomocných sil v domácnosti. Iniciátorem tohoto zřízení byl Petr Zenkl, vedoucí sociálního odboru hlavního města Prahy, který byl příznivcem sociálně zdravotní služby v rodinách. Tato událost byla podnětem pro zahájení ošetrovatelské a zdravotní činnosti Československého červeného kříže v rodinách. (49, s. 29) Tuto službu poskytovaly dobrovolné ošetrovatelky a pečovatelky a její organizace stála výhradně na Československém červeném kříži až do roku 1948. (56) L. Hofmanová uvádí, že práce ošetrovatelek a sociálních pracovníků byla velice náročná, svízelná a mnozí lidé ji nepovažovali za důležitou. (21, s.9) V roce 1948 Ministerstvo zdravotnictví pověřilo Československý červený kříž vedením ošetrovatelské a zdravotnické služby, která v roce 1950 byla sjednocena. V této době pečovatelskou službu poskytovaly i církevní spolky a služba se začala rozvíjet. Československý červený kříž již nebyl schopen pokrýt potřebu ošetrovatelských a zdravotnických služeb pouze svým personálem pracujícím na bázi dobrovolnictví. V roce 1952 byla ošetrovatelská a zdravotnická služba převedena do resortu „Ústavů národního zdraví včetně péče v terénu.“ Ovšem problém nastal v pojetí pomoci pečovatelské služby, neboť se služba nevyvíjela k potřebám obyvatel. Svoji pozornost soustředila pouze na osamělé osoby, o které pečovalo obvodní zdravotní středisko. Na staré lidi se zapomínalo. Rok 1955 byl stěžejní v tom, že se pečovatelská služba vrátila pod vedení Československého červeného

kříže. (56) Podle České asociace pečovatelské služby bylo v roce 1956 v Československé republice nad jeden milion občanů starších šedesáti pěti let, kteří byli osamělí a potřebovali péči. (56) J. Maříková ve své magisterské práci uvádí, že „k největšímu rozvoji pečovatelské služby došlo po roce 1959, kdy byla začleněna jako pomoc společnosti do sociálního úseku národních výborů a dotována ze státního rozpočtu.“ Dále J. Maříková konstatuje, že „intenzivní nárůst pečovatelské služby byl zaznamenán od roku 1975.“ (42, s. 27) Jelikož se pečovatelská služba rozšiřovala, bylo zapotřebí pečovatelek z povolání. V roce 1986 byla pečovatelská služba svěřena odborům sociálního zabezpečení okresních národních výborů, které financovaly práci dobrovolných i profesních pečovatelek ze mzdového fondu. (56) Za vedení tehdejší pečovatelské služby byla odpovědna vrchní setra. Jednotlivé okrsky byly v kompetenci tzv. okrskových sester, na něž se mohli obrátit staří lidé v případě, když požadovali služby od pečovatelské služby. (42, s. 27) Bližší informace o problematice podmínek poskytnutí pečovatelské služby seniorům kolem roku 1986 je možné získat v magisterské práci J. Maříkové, která ve své práci dále uvádí, že obvykle byla pečovatelská služba poskytována v rozmezí sedmé až sedmnácté hodiny večerní. (42) Upozorňuji na skutečnost, že v současné době je poskytována služba převážně mezi půl osmou a šestnáctou hodinou odpolední, což je nedostatečné jak pro seniory samotné, tak pro jejich rodiny. Zde je patrné, že v minulosti bylo více reagováno na potřeby seniorů a jejich rodin než dnes. Jak jsem již uvedla, tomuto problému bude věnována pozornost v empirické části magisterské práce.

Po roce 1968 se začaly stavět domy s pečovatelskou službou a střediska osobní hygieny, dříve nazývaná jako hygienická střediska. Pořídily se nové automobily, určené pouze pro rozvoz obědů a pro ostatní úkony, které pečovatelská služba poskytovala.

Pečovatelská služba spolupracovala s orgány státní zdravotní správy, Československým červeným křížem, Svazem žen a Svazem invalidů. Odbor sociálního zabezpečení okresních národních výborů si vytvořil tzv. koordinační sbor. Členy koordinačního sboru byli zástupci orgánů sociálního zabezpečení a zdravotnictví, jejichž úkolem bylo diskutovat o spolupráci obvodních lékařů při poskytování pečovatelské služby a snažit se zapojit společenské organizace do depistáže osamělých lidí. Koordinační sbor dbal na kvalitu a úroveň pečovatelské služby, upozorňoval na závady a nedostatky a navrhoval opatření, jak jim předejít. (56)

Období do roku 1970 je pozoruhodné zejména z toho důvodu, že velká pozornost byla přikládána lidem starým a invalidním, kteří byli propuštěni z nemocnice do domácího prostředí. Tato situace byla řešena ve společné směrnicí Ministerstva zdravotnictví a Státního úřadu sociálního zabezpečení. Spolupráce mezi zdravotnickým zařízením

a odborem sociálního zabezpečení okresních výborů dobře fungovala. V případě, že měl být osamělý starý občan ze zdravotnického zařízení propuštěn, oznámila nemocnice s časovým předstihem tuto informaci odboru sociálního zabezpečení okresních výborů. Důvodem spolupráce byla prevence absence potřebné péče. V kompetenci odboru sociálního zabezpečení bylo posouzení situace v rodině seniora, zda je rodina schopna péči zajistit, popřípadě sjednat pečovatelskou službu či umístění občana v domově důchodců. Pokud nastala situace, že potřebná péče nebyla zajištěna, starý člověk nemohl být ze zdravotnického zařízení propuštěn. (56) V dnešní době se usiluje o propojení zdravotnického a sociálního sektoru, neboť spolupráce mezi nimi není adekvátní k potřebám pacienta. Systém péče na sebe nenavazuje. Posun v této problematice z části korigují sociální lůžka, která byla zřízena ve zdravotnických zařízeních, v léčebnách dlouhodobě nemocných a jsou financována Ministerstvem práce a sociálních věcí, tedy sociálním sektorem. Ovšem potřebu komplexní spolupráce zdravotnického a sociálního sektoru neřeší.

V roce 1976 vznikly Okresní ústavy sociálních služeb, které měly na starosti sociální služby v rámci bývalých okresů. V roce 1988 byly přijaty zákony č. 114/1988 Sb. o působnosti orgánů Československé republiky v sociálním zabezpečení v platném znění a zákon č. 100/1988 Sb. o sociálním zabezpečení v platném znění. Služby, které pečovatelská služba poskytovala, byly vymezeny ve vyhlášce 182/1991 Sb., kterou provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon ČNR o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení. Zákon č. 128/2000 Sb. o obcích přinesl v roce 2002 vznik krajů a zrušení okresních úřadů. S tímto datem byly zrušeny i okresní ústavy sociálních služeb. Následně v roce 2003 byly převedeny buď na organizace, jejichž zřizovatelem byl kraj, či byly zcela zrušeny. V této době vznikaly subjekty zřizované krajem nebo obcemi a subjekty nestátní. (56)

Pečovatelská služba není poskytována pouze v terénu, ale také v domech s pečovatelskou službou a ambulantních zařízeních. Ambulantní zařízení jsou centra denních služeb neboli domovinky a střediska osobní hygieny, kam klienti docházejí či jsou dováženi z místa bydliště.

Následující řádky věnuji stručnému popisu historických aspektů domů s pečovatelskou službou, středisek osobní hygieny a center denních služeb, neboť jsou součástí pečovatelské služby.

Bytové podmínky, ve kterých starý člověk žije, jsou jednou z podmínek jeho soběstačnosti. Ovšem má osobní zkušenost s povoláním pečovatelky prokázala, že ne všichni senioři žijí v adekvátních bytových podmínkách. Byty tak nesplňují kvalitní

bydlení pro snazší život seniora. J. Maříková uvádí, že v devadesátých letech dvacátého století bydleli lidé starší šedesáti let většinou v bytech čtvrté kategorie, ve městech v nejstarší zástavbě. Na venkově byla situace mnohem tíživější, neboť lidé bydleli v domácnostech bez příslušenství. Staří lidé neměli sílu ani finanční prostředky na udržování stavení či bytu, proto žili v neudržovaných domácnostech. Jedním z opatření, které řešilo špatnou bytovou situaci starých lidí, bylo vystavění domů s pečovatelskou službou. (42)

Domy s pečovatelskou službou jsou definovány jako „byty zvláštního určení, jejichž zřizovateli jsou především městské a obecní úřady.“ Jedná se o domy, jejichž obyvateli jsou senioři či zdravotně postižení občané.

Horské městečko Desná bylo historicky prvním místem, kde byl na území Československa vybudován první dům s pečovatelskou službou. Prvotní myšlenka pochází od místního praktického lékaře, který umístil staré občany ze vzdálených obydlí do jednoho objektu ve městě, kde poskytoval pečovatelskou službu. Zde pozoruji první myšlenky o hospodárnosti, ekonomické stabilitě pečovatelské služby, zkvalitnění životních a bytových podmínek starých lidí. Jednání místního lékaře podnítilo ostatní obce k jeho následování a za deset let bylo na území Československa 131 domů s pečovatelskou službou. (56) Podle J. Maříkové v roce 1986 zřizovaly domy s pečovatelskou službou „místní a městské národní výbory pro staré obyvatele obce.“ Vlastnil je bytový fond obce a byly udělovány na základě konzultace mezi národním výborem a odborem sociálních věcí a zdravotnictví. Spravoval je podnik bytového hospodářství. (42) Evidentní je, že systém přidělování bytů v domech s pečovatelskou službou se zásadně v dnešní době nezměnil. Kritéria přijetí do těchto domů jsou k dispozici na každém odboru sociálních věcí a zdravotnictví obce, která dům zřizuje a je odpovědná za udržování a spravování objektu. J. Maříková tvrdí, že přítomnost pečovatelky v domě s pečovatelskou službou byla od sedmé hodiny ranní do šestnácté hodiny odpolední, v nutných případech i o víkendu a v noci. (42) Opět zde narážím na problém časového rozmezí poskytování služby. Z historických pramenů, jsem se dozvěděla, že v dřívějších dobách byla pečovatelská služba poskytována v delším časovém rozmezí a to i o víkendu, což dnes ve většině případů chybí. Opět odkazuji na empirickou část magisterské práce, v níž bude problém analyzován.

Střediska osobní hygieny vznikaly společně s pečovatelskou službou. První střediska vznikly v roce 1969 v Plzni a v Praze. V průběhu času se jejich výstavba rozšířila po celém území Československa. (56) Jak jsem již zmínila, staří lidé bydleli v bytech nižší kategorie, které většinou neměly koupelny a byly bez teplé vody. Z toho důvodu senioři

upřednostňovali střediska osobní hygieny, neboť nebyli schopni v takovýchto podmínkách udržet osobní hygienu. Pokud by starý člověk setrval dlouhou dobu v takových podmínkách, které neumožňují dostatečnou péči o tělo, zvykl by si a časem ztratil hygienické návyky. Lidé se všeobecně neradi setkávají se špinavými a neupravenými lidmi, což by vedlo k jeho sociální izolaci. Další hledisko, které vede k využívání středisek osobní hygieny, je obava seniora z uklouznutí a pádu v koupelně. (56) Výhodou je, že ve středisku je pečovatelka, která seniorovi pomáhá a v případě rizika pádu může včas pomoci.

J. Maříková uvádí, že **domovinka** – dnešní **centrum denních služeb** - nebylo v době kolem roku 1986 zcela běžným zařízením. (42) V publikaci O. Matouška je poznamenáno, že domovinky vznikaly v šedesátých letech minulého století. (43, s. 30) Autoři si navzájem oponují. Souhlasím s J. Maříkovou, neboť její poznatek potvrzuje i H. Haškovcová, která recenzovala knihu O. Matouška a namítá, že domovinky nevznikaly v šedesátých letech, ale mnohem později. (18, s. 26)

V úvodu této kapitoly jsem kladla důraz na kvalitní péči již zrušené služby **geriatrických sester**, které pečovaly o staré lidi v domácím prostředí. V následujícím odstavci nastíním historii jejich činnosti, neboť se domnívám, že systém geriatrického ošetřovatelství do roku 1990 byl vyhovující jak pro příjemce péče, tak poskytovatele. H. Haškovcová při osobním sdělení uvedla, že některé geriatrické sestry vykonávaly svoji činnost v době mateřské dovolené. Terénní ošetřování seniorů bylo pro ně vyhovující zaměstnání, neboť měly benevolenci v korigování své pracovní doby. Mohly tak současně pracovat a pečovat o své děti. (17)

Obvodní zdravotní sestry začaly navštěvovat pacienty v terénu od sedmdesátých let minulého století. Systém geriatrických sester vznikl v roce 1983. Geriatrické sestry spadaly pod obvodní zdravotnická střediska a byly vzdělávány pro péči o staré a dlouhodobě nemocné občany. Jejich rozmístění a náplň práce byly stanoveny směrnicí č. 15 a metodickým návodem, který byl zveřejněný ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví Československé republiky v roce 1983. Péče o nemocné v domácím prostředí byla zcela odlišná od nemocniční péče. Geriatrická sestra navštěvovala své pacienty v jejich domácnostech. L. Hofmanová ve své práci cituje paní Staňkovou, která uvádí, že „cílem gerontologického ošetřování je udržet starého člověka maximálně soběstačného v jeho navyklém životním prostředí, v němž cítí domov, jako sociální jistotu.“ (21, s. 12) Realizace gerontologického ošetřování byla převážně starostí geriatrických sester a pečovatelek, základním kamenem v ošetřování starých lidí, které umožňovaly setrvat

seniorům v přirozeném prostředí. L. Hofmanová dále uvádí, že práce geriatrické sestry byla náročná fyzicky, ale především psychicky. V rámci komplexní péče musela sestra zastávat mnohé odborné činnosti, které byly poskytovány pouze v ústavní péči. Jednalo se například o laboratorní činnosti nebo odběry biologického materiálu. Dále sestra prováděla rehabilitace, ale často i údržbářské práce, které již starý člověk nezvládl. (21, s. 12) Je zřejmé, že nároky na ni byly velké. Po roce 1989 se obvodní zdravotnická střediska zprivatizovala. Počet sester na jednoho lékaře se rapidně snížil, ale počty seniorů naopak rostly. V roce 1990 profese geriatrické sestry byla zrušena. (21, s. 13) H. Haškovcová při osobním sdělení uvedla, že na zrušení se podílela Blanka Misconiová, hlavní sestra Ministerstva zdravotnictví. (17)

V současné době představitelé vlády a odborná veřejnost přiznávají, že bylo chybou zrušit služby geriatrické sestry. Působnost terénní ošetrovatelské péče převzaly agentury domácí péče, které pocházejí z USA. Nicméně je třeba připustit, že zrušení geriatrických sester souviselo s privatizací praktických lékařů.

2.3.2. Definice pečovatelské služby podle současné právní úpravy

Legislativa, kterou je pečovatelská služba povinna respektovat, je vymezena zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Podle tohoto zákona, který je v platnosti od 1. 1. 2007, je pečovatelská služba definována jako „terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb.“

Základní činnosti, které pečovatelská služba podle výše jmenovaného zákona poskytuje, jsou:

- „pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.“ (36, s. 165)

Definice pečovatelské služby, jak ji uvádí zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, je velice strohá a obsah činnosti pečovatelské služby není dostatečně vymezen a popsán. Proto následující kapitolu věnuji popisu činnosti pečovatelské služby v praxi, při níž jsem se inspirovala.

2.3.3. Pojetí pečovatelské služby v praxi

Kapitolu Pojetí pečovatelské služby v praxi jsem pojala jako komplexní popis pečovatelské služby a v ní vycházím z osobní zkušenosti pečovatelky. Tuto pomáhající profesi jsem vykonávala při studiu v Pečovatelské službě v Rakovníku. V rámci výzkumu jsem měla možnost poznat, jak fungují ostatní pečovatelské služby na území bývalého okresu Rakovník. Proto následující popisné řádky budou podloženy informacemi z několika pečovatelských služeb tohoto regionu, které jsou i podkladem pro empirickou část magisterské práce.

Jak již bylo v předchozích kapitolách uvedeno, v současné době na území jednotlivých měst a jejich spádových územích jsou sociální služby terénního charakteru zabezpečovány pečovatelskou službou. Pečovatelská služba, podle B. Misconiové et al., je komplexem služeb, které jsou poskytovány klientům neschopným zajistit si bio-psycho-sociální potřeby v přirozeném prostředí. (47, s. 8) Z uvedené definice je patrné, že tato služba poskytuje pomoc k zajištění fyzické, psychické a sociální soběstačnosti tím, že zabezpečuje základní životní potřeby osob.

Každá nestátní nezisková organizace by si měla stanovit své poslání, tedy sdělení, za jakým účelem existuje a jakým způsobem účel naplňuje.

Obecné poslání pečovatelské služby je umožnit osobám se sníženou soběstačností, zejména seniorům a osobám se zdravotním postižením, setrvat co nejdéle v jejich přirozeném prostředí, podporovat samostatný plnohodnotný život v domácnosti člověka a žít takovým způsobem, na který byl doposud člověk zvyklý, dále zachovat kontakt člověka v nepříznivé sociální situaci s rodinou, jeho přáteli a blízkými lidmi. (53, 54, 55) Každá pečovatelská služba si poslání přizpůsobí svým konkrétním cílům, které z něj vycházejí, tudíž poslání každé organizace není shodné, ale přizpůsobené její vizi.

Obecným cílem pečovatelské služby je „poskytovat cílové skupině obyvatel takovou podporu a pomoc, která jim umožní v maximální možné míře svůj dosavadní způsob života bez nutnosti odcházet do ústavního zařízení.“ (54) Cíle jsou individuální a si každá pečovatelská služba si je nastaví podle toho, kam směřuje a čeho chce dosáhnout. Jelikož osobní zkušenosti vycházejí především z Pečovatelské služby Rakovník, poukazují na cíle, které si stanovila právě tato organizace:

- „Pomáhat naplňovat osobní cíle uživatelů, související s poskytováním služby
- Pomáhat vyloučit nebo podstatně snížit sociální izolaci
- Podporovat samostatnost

- Poskytovat uživatelům takovou podporu, aby si co nejdéle udrželi přiměřenou fyzickou a psychickou kondici
- Podporovat nezávislé rozhodování uživatelů ohledně služby“ (40)

Pečovatelská služba je poskytována na základě následujících *principů*:

- ◇ Profesionalita a kvalita poskytovaných služeb
- ◇ Partnerský přístup k uživatelům služby
- ◇ Rovný přístup ke všem uživatelům služby (54)

Jedná se o terénní a ambulantní službu sociální péče, která je prováděna v domácnostech klientů, v domech s pečovatelskou službou a v zařízeních sociálních služeb. Mezi zařízení sociálních služeb patří centra denních služeb neboli domovinky.

Počátek vztahu mezi klientem a poskytovatelem pečovatelské služby je závislý na oslovení poskytovatele a žádosti o pečovatelskou službu. Zájemce má možnost o službu požádat prostřednictvím ošetřujícího nebo jiného odborného lékaře, obecního úřadu, rodiny nebo jiné osoby. Žádost se podává buď písemně, telefonicky nebo osobní návštěvou poskytovatele. (54)

Vedoucí pečovatelské služby obvykle provede sociální šetření v domácnosti žadatele. Pokud organizace zaměstnává větší počet pracovníků, je možné, aby prováděl sociální šetření někdo jiný než vedoucí pečovatelské služby. V případě Pečovatelské služby Rakovník, sociální šetření provádí manager péče ve spolupráci se sociálním pracovníkem. Při osobní návštěvě žadatele o službu se dohodne, jaké služby budou žadateli poskytovány, jejich frekvence a čas. O sociálním šetření se vyhotoví záznam, který slouží jako podklad pro sepsání smlouvy o poskytnutí pečovatelské služby (uzavírá se mezi poskytovatelem a uživatelem služby). Po sepsání smlouvy, jejíž náležitosti jsou obsaženy v § 91 zákona č. 108/2006 o sociálních službách, se žadatel stává klientem organizace. Následně je zařazen do pracovního plánu pečovatelky a ta s ním vypracuje osobní plán na základě stanoveného osobního cíle. Tento postup se provádí vždy, když klient žádá o péči v jeho domácnosti, docházku do centra denních služeb či střediska osobní hygieny. Pečovatelská služba se provádí i v domech s pečovatelskou službou. Postup pro přijetí klienta je v kompetenci obce, která domy s pečovatelskou službou (dále jen DPS) zřizuje a jsou jejím majetkem. Taktéž i rozhoduje o výši nájmu. Nejedná se o zařízení sociální péče. (37, s. 127) Byty v DPS jsou přidělovány městskou radou. Návrh na jejich přidělení dává komise sociálních věcí, která je poradním orgánem městské rady. Na byty v DPS má nárok občan, příjemce starobního nebo plně invalidního důchodu, jenž je alespoň částečně soběstačný. Jedná se o tyto skupiny občanů:

- Občané města, kteří mají trvalý pobyt ve městě zřizující DPS alespoň jeden rok
- Občané obcí, kde město zřizující DPS vykonává přenesenou působnost v oblasti sociální péče
- Občané České republiky, kteří jsou v přímé příbuzenské linii s občanem, který má trvalý pobyt ve městě zřizující DPS alespoň tři roky

Přednost mají ovšem lidé, kteří se neobejdou bez pomoci druhé osoby. Obce pronajímají byty zvláštního určení na základě nájemní smlouvy podle Občanského zákoníku. (38) Podrobné informace o kritériích pro umístění občanů do DPS poskytuje každá obec, která DPS zřizuje. Čekací dobu nelze určit, neboť závisí na kapacitě uvolněných bytů.

Terénní forma pečovatelské služby je prováděna v domácnostech, kam dochází pečovatelka. Ta pomáhá klientům především v osobní péči a v udržování jejich domácnosti. Po provedení práce u klienta vykazuje pečovatelka poskytnuté služby. Úkony se vykazují do tzv. čárkovadel, což jsou dokumenty, do nichž zaznamenává čas strávený jednotlivými pracemi.

Aby služba naplňovala své poslání, cíle a kvalitu, je třeba, aby klient byl spokojený. Spokojenosti klientů pečovatelských služeb na Rakovnicku se podrobně věnuje kvantitativní výzkum v empirické části.

Vztah pečovatelky a klienta je prvořadý a od něj se spolupráce s klientem odvíjí. Porozumění, vyhovění a respektování jeho přání a potřeb je důležitým předpokladem pro úspěšnou práci s ním. V případě, že klient a pečovatelka nepocítují vzájemné sympatie, je vhodné, aby ve spolupráci nepokračovali a klientovi byla přidělena jiná pečovatelka. Kdyby se o něj starala pečovatelka, ke které by klient neměl kladný vztah a naopak, služba by nenaplňovala svůj smysl. L. Musil, O. Hubíková a K. Kubalčíková uvádějí, že v pečovatelských službách, kde výzkum prováděli, převažuje procedurální přístup ke klientům. Znamená to, že se neřeší konkrétní potřeby jednotlivých klientů, ale potřeby klientely jako celku. (48, s. 13) Zjištěné informace potvrzuje i zkušenost, kterou jsem získala v pečovatelských službách na Rakovnicku. Vedení pečovatelských služeb, především anonymním dotazníkovým šetřením, zjišťovalo potřeby klientů, tudíž výsledky studie se týkaly klientely jako celku. Ovšem výzkum, který provedli výše jmenovaní autoři, pochází z roku 2003, kdy nebyl v platnosti zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Ten ukládá poskytovatelům povinnost individuálního plánování, tzn. reagovat a naplňovat individuální potřeby a přání klientů. Domnívám se, že se časem tento nedostatek zlepší, i když v současné době jsou individuální plány klientů v počátku.

Přístup pečovatelky ke klientovi považuji za velmi důležitý, neboť právě ona pracuje přímo s klientem. Staří lidé nemají rádi změny a mnozí z nich těžce získávají důvěru

k cizím lidem. Pečovatelská služba Rakovník zavedla systém střídání pečovatelek po dvouměsíčním působení u klienta. Vlastní zkušenost potvrdila, že práce u jednoho klienta po dlouhou dobu je náročná, zejména na psychiku pečovatelky. Z hlediska prevence syndromu vyhoření, tento systém považují za užitečný, nicméně z pohledu klienta je nevyhovující. Když jsem působila jako řadová pečovatelka a bylo před dobou, kdy se pečovatelky měly střídát na jednotlivých úsecích (okrsky terénu, domy s pečovatelskou službou, rozvoz obědů a centrum denních služeb), klienti nebyli spokojení. Obávali se toho, kdo u nich na další měsíce docházet. Oproti tomu klienti Okresní pečovatelské služby Nové Strašecí si na neměnný systém pečovatelek nestěžují. Od počátku zavedení služby má klient pouze jednu pečovatelku, mimo období dovolených, která je stálá. Otázkou je, jaký systém je lepší? Pečovatelská služba Rakovník bere ohledy na své zaměstnance, nicméně přání klientů v tomto směru neakceptuje. Pečovatelky obou jmenovaných organizací uvedly, že setrvání u jednoho klienta je psychicky náročné, ovšem jim vyhovuje systém, který organizace ukládá.

Každá pečovatelská služba má jiný systém organizace práce jednotlivých zaměstnanců, v současné době i pečovatelů.

Pečovatelské služby na Rakovnicku, které poskytují služby většímu počtu klientů, svá území rozdělují na několik okrsků. Klienti, jejichž domácnosti jsou situovány blízko sebe, tvoří okrsek. V něm pracuje příslušná pečovatelka. Podle požadavků klienta dochází do jeho domácnosti a vykonává úkony, které si ve smlouvě stanovil. B. Misconiová et.al. uvádí, že pečovatelská služba jako poskytovatel péče, musí respektovat jisté zásady:

- ◆ Každý člověk žije jiným způsobem života
- ◆ Každý klient má právo na svobodné rozhodnutí
- ◆ Akceptace a respekt komplexní sociální situace klienta
- ◆ Realizace pečovatelské služby v lidském rozměru (47, s. 9)

Pečovatelská služba se také poskytuje v *domech s pečovatelskou službou*. Jedná se o „trvalé pobytové zařízení pro seniory a osoby se zdravotním postižením, kteří potřebují pouze občasnou pomoc ve své domácnosti, ale v základních aktivitách denního života jsou soběstační.“ (22, s. 40) Domy s pečovatelskou službou (dále jen DPS) jsou členěny na byty zvláštního určení, jejichž zřizovateli jsou především městské a obecní úřady. (37, s. 127, 55) Pronájem bytu je celoživotní záležitostí nájemce. V případě, že dojde k úmrtí nájemce, vlastnictví nepřechází na pozůstalé rodinné příslušníky, ale zůstává majetkem DPS. Výjimku tvoří manžel/ka, který/á sdílel/a společnou domácnost a měl/a podepsanou nájemní smlouvu. V definici DPS je uvedeno, že nájemcem je občan, který

potřebuje pomoc druhé osoby při zvládání každodenních úkonů, ale jeho soběstačnost je alespoň částečně zachována. V praxi je možná situace, při níž byl člověku přidělen byt v DPS, ovšem nájemce nevyžaduje pomoc od pečovatelské služby. Jedná se o rozpor praxe a smyslu DPS. Tato situace není v praxi neobvyklá, neboť lidé starší či se zdravotním postižením často řeší nepříznivou bytovou situaci prostřednictvím získání bytu v DPS, ačkoli přislíbí využívání služeb pečovatelské služby. Tato situace není v praxi snadno řešitelná, neboť občanovi lze vypovědět užívání bytu pouze v souladu s § 711 občanského zákoníku.

Domy s pečovatelskou službou mají pozitivní význam v tom, že člověk, který potřebuje pomoc při každodenních úkonech, žije relativně samostatný život v bytě, který si může vybavit věcmi ze svého prostředí, na které byl doposud zvyklý. Tudíž přestěhování v období stáří není tak psychicky náročné, jako by člověk nastupoval do ústavního zařízení. V neposlední řadě pozitivum spatřuji v tom, že člověku jsou nablízku pečovatelky, které v případě potřeby přivolají rychlou záchranou službu či samy poskytnou pomoc. Nedostatkem DPS je absence tísňové péče v bytech klientů, která by zajišťovala přivolání pomoci v případech nepřítomnosti pečovatelek, tzn. zejména ve večerních a nočních hodinách. Této problematice bude věnována pozornost v empirické části, v níž kvantitativní výzkum zjišťuje čas, za jaký může být pečovatelská služba klientům poskytována.

Pečovatelská služba je také poskytována *ambulantní formou*. Jedná se o centrum denních služeb a středisko osobní hygieny. Pečovatelská služba Rakovník tyto služby poskytuje v rámci svých prostor, kam sváží své klienty. *Středisko osobní hygieny* je zřízeno v rámci pečovatelské služby a poskytuje celkovou koupel nebo sprchování včetně mytí vlasů, pedikúru, praní a žehlení osobního prádla. (40) *Centrum denních služeb* nemusí být zabezpečováno pouze pečovatelskou službou, neboť se jedná se o samostatně registrovanou službu. Jedná se o tzv. domovinky, komunitní centra pro seniory. Tato služba je přínosná zejména rodinným pečovatelům, kteří se o seniora chtějí starat doma a jeho stav zatím nevyžaduje intenzivnější formu péče. V době, kdy mají rodinní pečovatelé pracovní povinnosti, musejí zabezpečit dohled a péči o starého člena rodiny. V takovém případě je centrum denních služeb vhodným řešením jejich situace. I. Holmerová, M. Rokosová, H. Vaňková et.al. uvádějí, že pro dobré fungování centra denních služeb je zapotřebí zajistit dopravu, dohled kvalifikovaného personálu a delší pracovní dobu. (24, s. 31) Domnívám se, že tuto podmínku splňuje větší počet zařízení, neboť například Pečovatelská služba Rakovník, která je poskytovatelem služeb denního centra, zajišťuje jak dovoz, tak odvoz klientů do jejich domácnosti. Personál v centru denních služeb je

zajištěn kvalifikovanými pečovatelkami, které jsou klientům nápomocny po celou dobu jejich přítomnosti. Dále svým klientům nabízí možnost využití večerních služeb. Služba je k dispozici i v odpoledních a večerních hodinách. Ovšem na druhou stranu je v praxi patrné, že klienti center denních služeb nemají zájem o delší setrvání v centru a jsou odvázeni do svých domovů dříve před skončením pracovní doby. Důvodem může být zvyk na domácí prostředí a delší pobyt mimo domov je pro klienta psychicky náročný. Centra denních služeb nabízejí zejména dohled nad seniorem, možnost oběda a účast v různých aktivizačních programech.

Služby, které pečovatelská služba poskytuje, jsou uvedeny ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., § 6, kterou se provádí zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. (36, s. 209 - 210) Konkrétní služby a jejich ceny popisuje příloha 9.

Pečovatelská služba je poskytována za úhradu, tudíž jedním z příjmů jsou platby od klientů, jejichž výši upravuje již zmiňovaná vyhláška. V případě, že se jedná o příspěvkovou organizaci, můžeme říci, že *financování pečovatelské služby* pochází ze tří zdrojů: 1. úhrady od klientů, 2. příspěvek na provoz od zřizovatele (obec, kraj) a 3. nová možnost žádosti o státní dotaci, která je k dispozici od ledna 2007.

V neposlední řadě se zmíním o *personálu pečovatelské služby*. Vedení pečovatelské služby je v kompetenci ředitele, který je zaměstnancem příspěvkové organizace. V organizačním řádu Pečovatelské služby Rakovník je uvedeno, že ředitel odpovídá zřizovateli za činnost organizace, stanovené v souladu se zřizovací listinou a obecně závaznými předpisy. Dále se zavazuje, že hospodaření bude efektivní, hospodárné a účelové. (40) Do své funkce je jmenován a odvoláván radou města. Ředitel jmenuje a odvolává svého zástupce a stanovuje rozsah jeho pravomocí. Zástupcem ředitele je manažer péče, který zastává především organizační činnosti ve vedení pečovatelské služby a uzavírá smlouvy se zájemci o službu. Pečovatelská služba Rakovník zaměstnává i sociálního pracovníka, jehož náplň práce vymezuje zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, § 109. Pracovníky přímé obslužné péče jsou pečovatelky/pečovatelé. Jejich pracovní náplň a povinnosti stanovuje pracovní smlouva a zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, § 116. Jsou hlavním stavebním kamenem pečovatelské služby, neboť pracují přímo s klientem. Úkony, které u klientů provádějí, popisuje příloha 9. Ředitelka Pečovatelské služby Rakovník v osobním sdělení uvedla, že kvalita zaměstnanců se odvíjí od jejich vzdělání. (40) Jedním z předpokladů pro výkon pracovníka přímé obslužné péče je odborná způsobilost. Jedná se o základní, středoškolské či vyšší odborné vzdělání s absolvováním akreditovaného kvalifikačního kurzu, který byl v roce 2005 akreditován na MŠMT a je uznáván jako kurz rekvalifikační. Dále prováděcí

vyhláška uvádí, že výše jmenovaný kurz nemusí absolvovat zaměstnanci splňující odbornost ošetřovatele či sociálního pracovníka. Vyhláška stanovuje požadavky na akreditovaný kvalifikační kurz pro pracovníky v sociálních službách. (36, s. 136) Jako doplňující sdělení k personálu pečovatelské služby uvedu slova B. Misconiové et.al., která tvrdí, že „je třeba využívat osobní vybavenost každého pracovníka pečovatelské služby jako je kreativita, improvizace a altruismus.“ V poslední řadě bych upozornila na slova B. Misconiové, že pracovníci pečovatelské služby by měli mít na paměti smysl práce s klientem a realizovat pečovatelskou službu v lidském rozměru. (47, s. 8) Tato myšlenka je podložena výzkumem, který realizovala B. Misconiová se svými spolupracovníky a v němž uvedené požadavky pocházejí přímo od samotného klienta. (47, s. 9)

2.3.4. Důsledky zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách

V důsledku přijetí zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, vyvstaly pro poskytovatele pečovatelské služby změny, na které musely reagovat a vypořádat se s nimi. Tato kapitola ve stručnosti upozorňuje na změny, které se týkají poskytovatelů, zřizovatelů a uživatelů sociálních služeb, především pečovatelských služeb, které vnímají vedoucí těchto organizací jako zásadní.

■ Postavení uživatelů pečovatelských služeb

Nabízené služby jsou realizovány na základě *smlouvy o poskytování pečovatelské služby*. J. Michalík uvádí, že se jedná o právní i faktický základ vztahu mezi poskytovatelem a uživatelem, který je založen na rovnoprávném postavení obou stran smluvního vztahu. (46, s. 7) Tento fakt umožňuje aktivní podíl uživatele na definování jeho potřeb, tím pádem i služeb, které mu pečovatelská služba nabízí. Smlouva o poskytování pečovatelské služby nahradila dřívější systém v němž orgán veřejné správy (odbor zdravotnictví a sociálních věcí obce s rozšířenou působností) rozhodl o poskytování pečovatelské služby. Zásadní změnou pro uživatele pečovatelských služeb bylo zavedení *příspěvku na péči*. Jedná se o jeden ze způsobů financování sociálních služeb, který staví uživatele do aktivní role v podílení se na obsahu poskytovaných služeb. (46, s. 7)

■ Financování pečovatelské služby jako příspěvkové organizace

O financování pečovatelské služby pojednává kapitola 2.3.3. Pojetí pečovatelské služby v praxi. Zásadní rozdíl ve financování pečovatelských služeb je v možnosti získání státní dotace, ke které před účinností nového zákona neměly pečovatelské služby přístup.

■ *Doba jako kritérium ceny za úkon*

Systém stanovení ceny za úkony, který fungoval do roku 2006, byl pro většinu klientů srozumitelnější. Jednalo se o stanovenou cenu za službu. Rozdíl byl pouze v donášce nákupů, jehož cena se stanovila podle hmotnosti nákupu. Tedy ukazatelem ceny byla váha. Dnešní systém platby za úkony považuje za ukazatele ceny dobu, kterou pečovatelka stráví při provádění služby. Již jmenované nákupy jsou stálým problémem ve stanovení ceny za tento úkon, především spravedlivé rozpočítání času, který pečovatelka stráví nakupováním pro více klientů.

■ *Postavení poskytovatelů pečovatelských služeb*

Nový zákon zavedl „princip registrací v sociálních službách“, tedy registraci poskytovatele u krajského úřadu. Chce-li organizace poskytovat pečovatelskou službu, musí splňovat řadu podmínek, zejména v oblasti kvality této služby. Kvalitu poskytovaných služeb definují *standards kvality sociálních služeb*, pro jejichž kontrolu byl zřízen *institut inspekce v sociálních službách*. (46, s. 5)

■ *Navýšení administrativy pracovníkům pečovatelských služeb*

V souvislosti s novým systémem financování pečovatelských služeb a registrací, došlo k navýšení administrativy. Z. Lüftnerová, ředitelka Pečovatelské služby Rakovník, uvedla, že nárůst administrativy byl způsoben zejména možností podání žádosti o státní dotaci. Další okolností, která přispěla k navýšení administrativy, je již zmíněná registrace. Vedoucí pracovník je povinen na registrující orgán do patnácti dnů nahlásit změny, ke kterým v organizaci došlo. Jedná se o změny v počtu zaměstnanců a jejich pracovního zařazení v rámci organizace. V neposlední řadě situaci zkomplikovala tvorba standardů kvality sociálních služeb. (40)

■ *Požadavky na vzdělání pracovníků v sociálních službách*

O požadavcích na vzdělání pracovníků v sociálních službách bylo již zmíněno opět v kapitole 2.3.3. Pojetí pečovatelské služby v praxi. Z. Lüftnerová, ředitelka Pečovatelské služby Rakovník, konstatuje, že nové požadavky, které stanovil zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ji omezují v přijetí nových pracovníků, kteří mají předpoklady pro výkon profese. Uchazeči o zaměstnání neabsolvovali požadovaný akreditovaný kvalifikační kurz. (40)

2.4. Obecné pojetí kvality

2.4.1. Kvalita jako pojem

Mnoho autorů vysvětluje kvalitu jako pojem, ovšem skutečnost je taková, že není jednoduché ji definovat. Obsah definic je různý. V této kapitole se zaměřím pouze na obecné definování kvality, neboť následně bude pozornost věnována kvalitě v sociálních službách. Terminologie uvádí názvy „jakost“ a „kvalita“. Jedná se o synonyma, nicméně v sociálních službách se používá termínu kvalita a jakost pro komerční sféru produktů. Jelikož se magisterská práce věnuje problematice sociálních služeb, v následujících kapitolách budu používat termín kvalita.

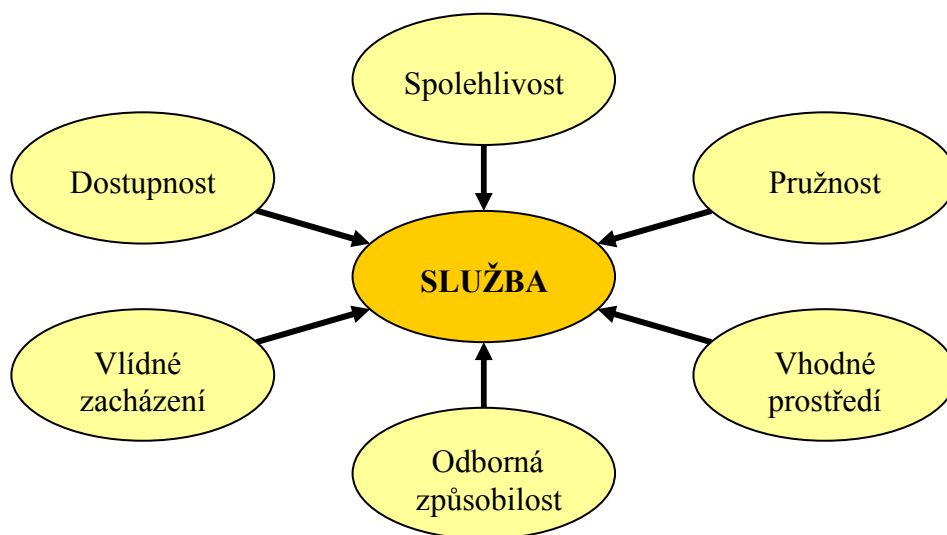
„Kvalita je kategorie, která v kvantitativních a kvalitativních pojmech popisuje úroveň výrobku či poskytovaných služeb.“ Kvalita je relativní, nikoli absolutní pojem a může být neustále zlepšována. (44, s. 35) J. Veber a kol. definuje kvalitu jako „celkový souhrn znaků entity, které ovlivňují schopnost uspokojovat stanovené a předpokládané potřeby.“ Za entitu (jednotku, položku) považuje autor „to, co lze individuálně popsat a vzít v úvahu“. J. Veber dále uvádí, že kvalita představuje výhodu vzhledem ke konkurenci. (67, s. 4) J. Veber a kol. ve své publikaci Řízení jakosti a ochrana spotřebitele (66) prezentuje názory několika významných autorů, kteří přispěli v rozvoji řízení kvality. J. M. Juran považuje za kvalitu „způsobilost pro užití“. P. B. Crosby definuje kvalitu jako „shodu s požadavky“. Podle A. V. Feigenbauma je kvalita „to, co za ni považuje zákazník“. Posledním citovaným autorem je Taguchi. Podle něj je kvalita „minimum ztrát, které výrobek od okamžiku své expedice dále společnosti způsobí“. (66, s. 19) J. Madar upozorňuje, že vysvětlit definice kvality z odborných publikací není problematické. Také ale říká, že kvalita má dvě dimenze: 1. subjektivní (jak já jsem spokojen) a 2. objektivní (sleduje přesně nastavená a dlouhodobá kritéria). Tento poznatek vyplývá z autorova tvrzení, že „vlastní prožitek je zcela subjektivní a jedinečný pro každého z nás.“ (41, s. 27)

Uvedené definice spíše vymezují jakost produktu, ovšem poslední definice podle J. Madara se blíží k sociálním službám, neboť uvažuje nad subjektivním prožitkem člověka. To, jak je člověk spokojen, vypovídá o kvalitě produktu či služby.

2.4.2. Kvalita služby

Služba je produkt, který nemá hmotnou podobu. J. Veber uvádí, že se jedná o činnost, která se odehrává mezi zákazníkem a dodavatelem. (66, s. 25) V případě sociálních služeb můžeme konstatovat, že poskytování služby se odehrává mezi klientem, neboli uživatelem sociálních služeb, a poskytovatelem. Autor dále uvádí, že služba je poskytována v podobě čisté nebo ve spojení s hmotným produktem. (32, s. 25) O pečovatelské službě hovoříme o službě ve spojení s hmotným produktem, neboť je spojena např. s dovážkou obědů apod. Zákazník je přítomen v procesu poskytování služby a klade požadavky na službu (viz obrázek 1). Naplňování požadavků není snadné, neboť měřitelné znaky služby jsou složitější v porovnání s produktem. Do procesu poskytování služby je možné zasahovat podle individuálních potřeb zákazníka. (32, s. 25) Tyto obecné vlastnosti jsou identické pro sociální služby, proto požadavky, které zobrazuje obrázek 1, by měly naplňovat i služby sociální.

Obrázek 1: Požadavky na kvalitu služby (32, s. 25)



2.5. Kvalita v sociálních službách

Kvalitu v sociálních službách není lehké vyjádřit, neboť jak konstatuje J. Karaffová, kterou cituje O. Mátl a M. Jabůrková, v sociálních službách se pracuje s lidmi a ty není jednoduché „normovat“. (44, s. 35) O. Mátl a M. Jabůrková ve své publikaci citují i další autory, kteří definují pojem kvalita. Podle E. Pogodové „kvalita znamená efektivní využívání zdrojů, schopnost reagovat na individuální potřeby, úspěšnost při sociálním začleňování a při získávání autonomie a nezávislosti.“ (44, s. 35) Tuto definici z části potvrzuje portál Ministerstva práce a sociálních věcí, v němž je uvedeno, že „kvalita sociálních služeb se musí odvíjet od uspokojení potřeb a zájmů nejenom uživatelů, i ale zadavatelů.“ (8) Dále uvedu další dvě definice, jejichž autory opět cituje O. Mátl a M. Jabůrková. Někteří autoři rozdělují kvalitu na dimenze. M. Hermanová kvalitu rozděluje do dvou dimenzí, kterými jsou makro-úroveň (dostupnost, přiměřenost, efektivita, hospodárnost, autonomie a bezpečnost) a mikro-úroveň (úroveň dané služby a spokojenost klientů). R. Knorová označuje za dimenzi kvality „dostupnost, dosažitelnost, účinnost, přiměřenost, komplexnost, přijatelnost, návaznost, efektivnost a hodnotitelnost“. (54, s. 35) Podle uvedených definic lze vystihnout kvalitu pečovatelské služby. Dostupností a spokojeností klientů, mimo jiné, se zabývá empirická část, která zkoumá spokojenost klientů jako jeden z indikátorů kvality pečovatelské služby. O. Mátl a M. Jabůrková uvádějí, že v současné době je kvalita v sociálních službách spojena s kvalitou života člověka. (44, s. 72) Aby se člověku dostávalo kvalitní služby, musí vědět, jak taková služba vypadá a kde ji najde. Tudíž informovanost seniorů je důležitým předpokladem pro čerpání kvalitní péče. (44, s. 72)

2.5.1. Měření kvality a jeho metody

Měření kvality považuji za důležité téma, neboť hlavní otázka v rámci výzkumu této magisterské práce zní: „Jaká je kvalita pečovatelských služeb na Rakovnicku?“

Měření kvality by mělo být zabudováno do plánu zvyšování kvality každé organizace. P. Kárníková uvádí, že v rámci měření kvality se využívají pojmy „prvek“, „kritérium“ a „standard“. Kritérium je zřetelně definovaný prvek, který by měl být stanoven před tím, než je měření zahájeno. Kritéria by měla splňovat požadavky na objektivitu a validitu při opakovaném měření. (32) Standardy jsou souborem kritérií, kterými je definována minimální úroveň kvality poskytované péče. Jedná se o nástroj

zabezpečení kvality sociální či zdravotní péče. (39, s. 8) Blíže standardy popisuje kapitola 2.5.3. Standardy kvality sociálních služeb.

Měření kvality se provádí na základě *kvantitativního a kvalitativního měření*. (25, s. 27 - 30) Kvalitativní měření je realizováno především na základě rozhovorů, s klienty příslušné organizace, kde se kvalita zjišťuje. Pro účely kvalitativního výzkumu byly realizovány rozhovory se zřizovateli, poskytovateli a následně i uživateli pečovatelských služeb na Rakovnicku. Cílem bylo nalézt indikátory kvality, které jsou charakteristické právě pro pečovatelské služby v rakovnickém regionu. Hlavním indikátorem kvality pečovatelských služeb je spokojenost klientů, jejíž míra byla zjišťována pomocí kvantitativního šetření. Měření kvality se tedy provádí na základě indikátorů kvality pro konkrétní prostředí. Jak jsem již zmínila, kvantitativní měření se v praxi provádí pomocí dotazníků, neboť jsou nejsrozumitelnější a nejdůležitější zdroj o kvalitě poskytované služby. Portál kvality MPSV uvádí, že kvalita poskytované služby je nejčastěji hodnocena pomocí dotazování určitého množství uživatelů. Spokojenost je důležitým ukazatelem kvality poskytované služby. (45) Jedná se o získané kvantitativní údaje, které se převádějí na údaje kvalitativní, neboli interpretovatelné. Podmínkou je, že dotazníkové šetření musí splňovat předem stanovená kritéria, aby vypovídalo o ukazateli kvality. Dotazník poskytuje informace o kvalitě poskytované služby a umožňuje zpětnou vazbu pro vedení organizace. Na základě informací o kvalitě poskytované služby může vedení zaměřit své úsilí na oblasti poskytované služby, u nichž klienti nejsou spokojeni. (45)

O. Mátl a M. Jabůrková upozorňují na slova B. Micnoniové, která konstatuje, že v zahraničí se považuje za základní měřítko kvality spokojenost klienta, ne počet rozvezených obědů, kilogramy vypraného prádla či počet odvozů k lékaři. (44, s. 36) Z vlastní zkušenosti musím dodat, že tvrzení B. Misconiové potvrzuje i praxe. Vedoucí pečovatelských služeb, před účinností zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, dbali především na dodržování provozních podmínek či hygienických norem. Konstatuji, že se situace v České republice blíží tvrzení B. Misconiové, neboť poskytovatelé pečovatelské služby spatřují kvalitu především ve spokojenosti jejich klientů. Toto tvrzení blíže vysvětluje a dokládá empirická část. Výše jmenovaní autoři uvádějí, že kvalita se odvíjí od subjektivního pocitu jedince, nicméně je důležité stanovit minimální standardy a ideální stav, ke kterému by se poskytovatelé měli blížit. (44, s. 36)

2.5.2. Indikátory kvality

Jedná se o měřitelná kritéria kvality, která se porovnávají s minimálním standardem, směnicí nebo požadavkem. Indikátory kvality jsou kvantitativní údaje o kvalitě nejen procesu, ale i souboru vlastností, které lze měřit a číselně vyjádřit. (25, s. 27 - 30) Následně se pak ukáže, zda bylo standardu dosaženo a v jaké míře. (61, s. 100) Jak je uvedeno na portálu kvality Ministerstva zdravotnictví, využití indikátorů je možné především k hodnocení, monitorování a porovnávání kvality. Indikátory mohou být zaměřené na strukturu (například kvalifikace personálu pečovatelské služby), proces (dokumentace) či výsledky (soběstačnost klienta pečovatelské služby v počátku poskytování služby a po určitém období). (26) Nabízejí srovnání v čase, podle jednotek a dat a mezi zúčastněnými jednotkami, kterými mohou být jednotlivé organizace („bench-marking“). Použití indikátorů kvality je možné v rámci celé organizace, oddělení, či jedince. Indikátory kvality by měly být jednoduché, schopné vyvíjet se podle potřeb, snadno měřitelné, přesné, smysluplné a srozumitelné, zejména pro personál. (25, s. 27 - 30) Podle I. Holmerové, odbornice v oblasti kvality ve zdravotnických a sociálních organizacích, se indikátory kvality dělí na:

- *Obecné ukazatele* – spočitatelné - tyto indikátory kvality jsou definovány velmi široce (obecně). „Jakákoli změřená hodnota je takovýmto obecným ukazatelem.“ Není však možné ji považovat za ukazatele kvality, neboť i bezchybně poskytnutá sociální služba má určité procento nechtěných výsledků.

- *Speciální ukazatele* – interpretovatelné - jedná se o výběr z obecných ukazatelů se standardizovaným postupem, které skutečně vypovídají o kvalitě sociální služby. (25, s. 27 - 30)

Škrlovi dodávají další dělení indikátorů kvality:

- *Poměrové indikátory* – také nazývané jako indikátory četnosti - jsou založené na sběru a hromadění dat o jevech, které se opakují. Také se nazývají indikátory četnosti. „Představují počet událostí vyjádřených v relativních číslech (procentech). Číselník představuje počet událostí a jmenovatel počet klientů, u kterých se daná událost mohla vyskytnout.“

- *Strážní indikátory* – týkají se mimořádných událostí (kritické události – například smrt klienta), které se vyjadřují absolutním číslem. (61, s. 101)

Výše jsem uvedla druhy indikátorů kvality podle odborné literatury, nicméně pro účely této magisterské práce budou indikátory kvality stanoveny a definovány v empirické části.

2.5.3. Standardy kvality sociálních služeb

V době, kdy nebyl v platnosti zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, kontrola kvality sociálních služeb spočívala v dohledu nad požární bezpečností, dodržování hygienických předpisů nebo revizí účtů. Kvalita poskytovaných služeb byla dobrovolným zájmem poskytovatelů, neboť nebyla stanovena její kritéria. (44, s. 41) Rok 2007 se stal přelomem v oblasti kvality sociálních služeb, neboť v platnost vstoupil zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Ten ukládá povinnost poskytovatelům sociálních služeb dodržovat standardy kvality sociálních služeb, které musí mít každá organizace zpracována. O. Mátl a M. Jabůrková uvádějí, že systém standardů je pro kontrolu kvality zásadní, neboť je možné posoudit, zda jsou naplňovány při poskytování péče. (44, s. 41) Nový zákon vymezuje standardy kvality jako „soubor kritérií, jejichž prostřednictvím je definována úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a osobami. (36, s. 191) Kritéria ovlivňují naplňování zájmů a potřeb uživatelů a poskytovatelů sociálních služeb. Zásadní vlastností standardů je jejich obecnost a použitelnost pro všechny druhy sociálních služeb. (39, s. 2) O. Matoušek uvádí, že by měli být jakýmsi „ideálem dobré praxe“ a mohou je vytvářet a formulovat poskytovatelé ve spolupráci se zřizovateli a uživateli služeb. (43, s. 125)

Jelikož uživatelé sociálních služeb patří k nejohroženější skupině obyvatel, účelem systému hodnocení kvality sociálních služeb je ochrana těchto lidí před nekvalitně poskytnutou službou či zneužitím v ústavních zařízeních. Smyslem standardů je, aby všichni poskytovatelé sociálních služeb garantovali uživateli základní úroveň kvality. (39, s. 2) Kvalitu v sociálních službách prověřuje inspekce poskytování sociálních služeb, jimž jsou standardy metodickým nástrojem k hodnocení kvality. (43, s. 125) Podstatou při hodnocení kvality je porovnávání kvality poskytované služby se standardy, které si organizace definuje a s dokumenty, které standardy předepisují. Důležitým aspektem v hodnocení kvality je dotazování samotných uživatelů sociální služby. (39, s. 2) O. Matoušek uvádí, že v České republice se standardy kvality sociálních služeb dělí do tří okruhů, jež obsahují jednotlivá kritéria:

- Procedurální standardy
- Personální standardy
- Provozní standardy (43, s. 127 - 129)

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách vymezuje jednotlivá kritéria okruhů standardů, které si každý registrovaný poskytovatel definuje přímo pro své podmínky a prostředí, ve kterém sociální službu poskytuje.

Z výše uvedených informací o standardech kvality sociálních služeb vyplývá doporučení, aby organizace dbaly na kvalitu poskytovaných služeb. Jelikož nikde není uvedeno, jak mají organizace kvalitu měřit, rozhodla jsem se ji zjistit v pečovatelských službách na Rakovnicku.

3. EMPIRICKÁ ČÁST

3.1. Pečovatelské služby na Rakovnicku

Výzkum, který byl realizován v rámci této magisterské práce, se týká pečovatelských služeb na Rakovnicku. Popisují proto území, kde byl výzkum proveden, a organizace, kterým byl určen.

Rakovnicko, území bývalého okresu Rakovník, je situováno v západní části Středočeského kraje. Polohu okresu zobrazuje příloha 11. Hranice okresu tvoří převážně přírodní útvary - lesy a řeky. I přesto, že statut okresu byl zrušen, pro účely statistiky je tato jednotka stále používána. Český statistický úřad uvádí, že sousedící okresy okresu Rakovník jsou Kladno a Beroun, které se nacházejí na východě a jihovýchodě, Rokycany a Plzeň – na jihu a západě, Louny na severu. (50) Okres Rakovník se rozkládá na rozloze 930 km², čímž zastává čtvrté místo ve Středočeském kraji. Jedná se o nejméně osídlený okres, neboť k 1. 1. 2007 hustota osídlení byla 57 obyvatel na km². Celkový počet obcí činí 83, z čehož statut města náleží 3 obcím (Jesenice, Nové Strašecí a Rakovník), status městysu 6 obcím (Kněžves, Krivoklát, Mšec, Pavlíkov, Senomaty a Slabce). Příloha 10: Mapa dostupnosti pečovatelských služeb na Rakovnicku zobrazuje obce, které na okrese Rakovník leží a okresy, se kterými sousedí. K 1. 1. 2007 bylo v okrese Rakovník 53 635 obyvatel. Z celkového počtu obyvatel je 11 589 ve věku 45 – 59 let, 7 954 ve věku 60 – 74 let, 3 391 ve věku 75 – 89 let a 102 ve věku 90 a více let. (50) Je patrné, že obyvatelé nad 65 let tvoří početnou skupinu lidí, kterým je třeba věnovat patřičnou pozornost. V okresním městě Rakovník žije 16 265 obyvatel, jejichž průměrný věk je 40, 7 let. (50) Pozoruhodná informace, kterou uvádí Český statistický úřad, se týká počtu zemřelých a živě narozených na okrese Rakovník. Za rok 2007 se narodilo 573 lidí, ale zemřelo 622. (50) Z výše uvedeného údaje plyne, že populace na okrese Rakovník stárne a ubývá, neboť počet zemřelých přesahuje počet živě narozených lidí. Zde bych vyzdvihla potřebu pečovatelské služby na Rakovnicku, kterou dokládá stárnoucí populace a počet seniorů.

Pro účely výzkumu byly osloveny celkem čtyři pečovatelské služby na Rakovnicku. Dostupnost pečovatelských služeb na Rakovnicku zobrazuje příloha 10.

Jiří Brabec, s.r.o. – Rodinné služby

Pečovatelská služba Jiří Brabec, s.r.o. je soukromá organizace, jejímž zřizovatelem je pan Jiří Brabec, osoba samostatně výdělečně činná. Vedení pečovatelské služby sídlí na adrese Kuštova 313, 269 01, Rakovník II. Pečovatelská služba Jiří Brabec, s.r.o. poskytuje terénní formu sociální služby ve všedních dnech, v době od 6 do 20 hodin. Cílovou skupinou jsou osoby s chronickým, zdravotním a tělesným postižením, rodiny s dětmi a senioři. Organizace byla založena v lednu 2008 a je zapsána v registru poskytovatelů sociálních služeb od 1. 3. 2008. Jedná se tedy o krátkodobě působící pečovatelskou službu, která má 25 klientů a zaměstnává 2 pečovatelky na hlavní pracovní poměr. (60) Pečovatelská služba nabízí své služby na území celého okresu Rakovník.

Obec Mutějovice

Zřizovatelem Pečovatelské služby obce Mutějovice je obec Mutějovice se sídlem na Malé Straně 190, 270 07, Mutějovice. Vedoucím pečovatelské služby je starosta obce, pan Martin Pinka. Jelikož má pečovatelská služba pouze 10 klientů, obec Mutějovice zaměstnává pouze jednu pečovatelku na zkrácený úvazek. Pečovatelská služba je poskytována formou terénní sociální služby ve všedních dnech, v době od 8 do 14 hodin. Cílovou skupinou jsou zdravotně postižení a senioři. (60) Obec Mutějovice je zřizovatelem domu s pečovatelskou službou (dále jen DPS) v obci Lhota pod Džbánem. Kapacita DPS je 7 bytů, z toho jsou 3 bezbariérové. Pečovatelská služba nabízí služby v mikroregionu Podžbánsko, do kterého spadají obce Hředle, Janov, Kounov, Krupá, Lhota pod Džbánem, Mutějovice, Nesuchyně, Milostín a Povlčín.

Okresní pečovatelská služba Nové Strašecí, o.p.s.

Okresní pečovatelská služba Nové Strašecí, o.p.s. je zřízena městem Nové Strašecí. Organizace sídlí na adrese Čsl. Armády 1166, 271 01, Nové Strašecí a spadá pod vedení ředitelky Romany Drakslové. Pečovatelská služba je poskytována formou terénní sociální služby ve všedních dnech, v době od 7:30 do 16 hodin. Cílovou skupinou jsou osoby s chronickým, zdravotním a tělesným postižením a senioři. Okresní pečovatelská služba Nové Strašecí, o.p.s. patří mezi větší poskytovatele pečovatelské služby na Rakovnicku, neboť pečovatelskou službu poskytuje 260 klientům. Personální obsazení spočívá ve 12 pečovatelkách (pracovnicích v sociálních službách) a 3 dobrovolných pracovnicích v sociálních službách. (60) Princip zaměstnávání pečovatelek je odlišný od ostatních pečovatelských služeb na Rakovnicku. Jelikož Okresní pečovatelská služba Nové Strašecí, o.p.s. nabízí své služby na území celého okresu Rakovník, uzavírá smlouvu o spolupráci

s obcemi, v nichž služby poskytuje. Nezbytné je, aby obec souhlasila s podmínkami pečovatelské služby. Snahou vedení je zaměstnat obyvatele obce, kde je služba poskytována. Pokud obec nedisponuje zájemcem o post pracovníka v sociálních službách, hledá vedení pečovatelské služby uchazeče na Úřadu práce. Uchazeč musí být absolventem akreditovaného kurzu, jehož podmínky stanovuje zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Město Nové Strašecí je zřizovatelem 2 domů s pečovatelskou službou, taktéž v Novém Strašecí, kde Okresní pečovatelská služba Nové Strašecí, o.p.s. pečovatelskou službu poskytuje. Působnost Okresní pečovatelské služby Nové Strašecí, o.p.s. je na celém okrese Rakovník.

Pečovatelská služba Rakovník, Wintrovo náměstí 1903

Pečovatelská služba Rakovník, Wintrovo náměstí 1903 (dále jen Pečovatelská služba Rakovník), je příspěvkovou organizací města Rakovník. Organizace sídlí na Wintrově náměstí 1903, 269 01, Rakovník II a spadá pod vedení ředitelky Bc. Zlatuše Lüftnerové. Pečovatelská služba je poskytována formou ambulantní a terénní sociální služby ve všedních dnech, v době od 7:30 do 16 hodin. Ambulantní forma poskytování pečovatelské služby je realizována v centrech denních služeb a ve střediscích osobní hygieny. Poskytování služeb v domácím prostředí klienta je považováno za terénní formu pečovatelské služby. Pečovatelská služba Rakovník zaměstnává 12 pracovníků v sociálních službách (pečovatelek), 2 sociální pracovníky, 1 manažera péče a 1 účetní. Cílovou skupinou jsou osoby s chronickým, zdravotním a tělesným postižením a senioři. Jedná se o největší pečovatelskou službu na Rakovnicku, neboť služby poskytuje 300 klientům. Město Rakovník zřizuje 2 domy s pečovatelskou službou. Jedná se o DPS ve Vysoké ulici 91 a DPS na Wintrově náměstí 1903 v Rakovníku. Centrum denních služeb je ambulantní služba, která je realizována v prostorách DPS a zabezpečována pracovníky Pečovatelské služby Rakovník. Centrum denních služeb podléhá stejnému režimu a vedení jako Pečovatelská služba Rakovník, nicméně cílovou skupinou klientů jsou osoby s tělesným postižením a senioři. Pracovní tým tvoří sociální pracovník, ergoterapeut a 2 pečovatelky. (60) Pečovatelská služba Rakovník poskytuje své služby především občanům města Rakovník, avšak občané obcí Pavlíkov, Tytry a Skřiván jsou uživateli pečovatelské služby. Pečovatelská služba Rakovník má benevolenci od zřizovatele uzavřít smlouvu o poskytování pečovatelské služby i v obcích na Rakovnicku. Stejná příloha zobrazuje dostupnost ostatních pečovatelských služeb na Rakovnicku.

3.2. Výzkum

Podnětem k tématu magisterské práce byla má několikaletá zkušenost se seniory, a to převážně v pečovatelské službě. Při vysokoškolském studiu jsem pracovala jako pečovatelka v Pečovatelské službě Rakovník, Wintrovo náměstí 1903, v Rakovníku, tedy v největší pečovatelské službě na Rakovnicku. V důsledku přijetí zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách se hovořilo o kvalitě poskytovaných služeb, tedy i o kvalitě pečovatelských služeb. V době, kdy jsem přemýšlela o tématu magisterské práce, vznikla na Rakovnicku soukromá pečovatelská služba, která nabízela nadstandardní služby. Zajímalo mne, jak kvalitní jsou tyto služby v porovnání se současně působícími příspěvkovými organizacemi na území bývalého okresu Rakovník, a jak vnímají kvalitu vedoucí těchto organizací. Při přípravě projektu magisterské práce jsem oslovila Odbor sociálních věcí Krajského úřadu Středočeského kraje. Informovala jsem se, zda nemají zakázku v oblasti pečovatelských služeb na Rakovnicku, kterou bych mohla zpracovat v rámci své magisterské práce. Mou nabídku velmi přivítali, neboť dostupnost a kvalita pečovatelských služeb na Rakovnicku jim nebyla známa. Tedy zjištěné výsledky výzkumu magisterské práce bude moci využít právě Odbor sociálních věcí Krajského úřadu Středočeského kraje. Oblast bývalého okresu Rakovník jsem zvolila z toho důvodu, že jsem se tam narodila, vyrostla a několik let pracovala, a tedy oblast a podmínky Rakovnicka dobře znám.

Cílem magisterské práce je zmapování a analýza pečovatelských služeb na Rakovnicku se zaměřením na kvalitu poskytovaných služeb.

Obecná výzkumná otázka má dvě části: „Jak tuto kvalitu pečovatelských služeb na Rakovnicku vnímají a definují její poskytovatelé a jak je tato kvalita hodnocena ze strany uživatelů?“. Obecnou hypotézu, která vychází z těchto otázek jsem formulovala na základě předchozích zkušeností s profesí pečovatelky v regionu: „Pečovatelská služba není na Rakovnicku zajištěna v dostatečné kvantitě a kvalitě“. Tato hypotéza bude testována v empirické části práce, která je rozdělena do dvou kapitol. V první fázi jsem provedla kvalitativní výzkum, který zjišťoval definování a možné indikátory kvality pečovatelských služeb u zřizovatelů, poskytovatelů a částečně i u uživatelů pečovatelských služeb na Rakovnicku. K zodpovězení druhé části výzkumné otázky jsem provedla výzkum kvantitativní pomocí dotazníkového šetření sledující spokojenost jejích uživatelů v domech s pečovatelskou službou a v domácím prostředí klientů.

Počáteční fáze výzkumu spočívala v analýze dokumentů, která se vztahovala k tématu magisterské práce. Jednalo se především o vnitřní směrnice, organizační řády, standardy kvality sociálních služeb (pokud byly v organizaci vypracovány), v neposlední řadě legislativa, které jsou pečovatelské služby povinny respektovat a řídit se jimi.

3.2.1. Kvalitativní výzkum definování indikátorů kvality pečovatelských služeb u poskytovatelů, zřizovatelů a uživatelů

Magisterská práce se zabývá kvalitou pečovatelských služeb na Rakovnicku. Účelem kvalitativního výzkumu bylo zjistit, jaká je kvalita pečovatelských služeb na Rakovnicku a především nalézt její indikátory. Cílovou populací byli poskytovatelé, zřizovatelé a uživatelé pečovatelských služeb na Rakovnicku, tedy všichni ti, kterých se pečovatelská služba týká. Pro získání odpovědi na uvedenou výzkumnou otázku jsem zvolila metodu kvalitativního výzkumu. J. Hendl uvádí, že kvalitativní výzkum je „proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy kontextů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“ (20, s. 50) Pro zjištění kvality pečovatelských služeb na Rakovnicku a jejích indikátorů, bylo zapotřebí využít i jiné metody než je kvantitativní výzkum. Dotazník, „nástroj“ využívaný v kvantitativním výzkumu, by mi neumožnil lépe porozumět zkoumané oblasti kvality pečovatelských služeb, což je předmětem výzkumu. Výsledek dotazníkového šetření by sice potvrdil či vyvrátil určité otázky související s kvalitou pečovatelských služeb na Rakovnicku, ale nedal by odpověď, jak kvalitu vnímají poskytovatelé a zřizovatelé, co pro ně kvalita znamená a jaké jsou její ukazatele. Pomocí kvalitativních metod mám možnost zjistit více informací a lépe si ujasním pohled na danou věc. S tím souvisí validita zkoumaného jevu, která je mnohem vyšší, neboť výzkumníkovi je umožněno zjistit mnoho podstatných informací. Za jednu z výhod kvalitativních metod považuji možnost přeformulování otázky v případě, že ji tázaný špatně porozumí. Předejde se tak zkreslení výsledků. Možnost přeformulovat otázku je velkou výhodou v porovnání s dotazníkem. Realitu, ve které se zkoumaný jev nachází, nelze popsat bez předcházející znalosti kvalitativního šetření, proto kvalitativní metody jsou v případě zjišťování kvality pečovatelských služeb účelnější, alespoň v počátku studie.

3.2.1.1. Technika kvalitativního výzkumu

Pro naplnění cíle kvalitativního výzkumu bylo využito metody kvalitativního dotazování. Pro sběr primárních dat v terénu byla použita technika strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami.

Důvodem zvolení výše uvedené techniky byla akceptace typu respondentů, kterými byli senioři a osoby se zdravotním postižením. Proto strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami byl podle mého názoru nejvhodnější technikou, jak zjistit přesné a nezkreslené údaje. Výše uvedený typ rozhovoru dává prostor k širokému projevu respondenta, avšak na předem stanovený okruh témat. Výhodou osobního rozhovoru je ujištění starého člověka o zachování anonymity, vysvětlení podstaty výzkumu a především získání důvěry, kterou senioři z neznámé situace pozbývají.

J. Hendl konstatuje, že „strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami sestává z pečlivě formulovaných otázek, na něž mají jednotliví respondenti odpovědět.“ (20, s. 173) Otázky pro rozhovor jsem formulovala na základě obecné výzkumné otázky, jež jsem rozpracovala do jedenácti podotázek. Jejich přesné znění zobrazuje příloha 3. Zhotovila jsem formulář s otázkami pro rozhovor, který byl neměnný pro všechny cílové skupiny respondentů. Podle postupů kvalitativního výzkumu jsem připravila tzv. informační dopis, který seznámil respondenta s účelem výzkumu, možností audionahrávky na diktafon a anonymním zpracováním. Formulář představoval informovaný souhlas respondenta s účastí na výzkumu. Informační dopis je uveden v příloze 2. Průběh rozhovorů byl rozmanitý, neboť v mnohých případech bylo třeba pozměňovat pořadí otázek či klást otázky doplňující.

3.2.1.2. Cílový soubor respondentů pro kvalitativní výzkum

Kvalitativní výzkum byl proveden u třech cílových souborů respondentů.

Prvním cílovým souborem respondentů byli zástupci obcí. Jednalo se o vedoucí pracovníky Odborů sociálních věcí a zdravotnictví městských úřadů a starosty obcí bývalého okresu Rakovník. Strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami byl proveden u starosty obce Mutějovice a vedoucího Odboru sociálních věcí a zdravotnictví městského úřadu Rakovník, kteří jsou zřizovateli pečovatelské služby na Rakovnicku.

Druhý cílový soubor tvořili poskytovatelé pečovatelské služby působící taktéž na Rakovnicku. Zde se jednalo o ředitele pečovatelských služeb, sociální pracovníky, pracovníky přímé obslužné péče – pečovatelky a manažera péče. Rozhovory byly

provedeny u třech ředitelů, dvou sociálních pracovníků, jednoho manažera péče a čtyřech pečovatelů.

Kvalitativní výzkum byl původně určen výše uvedeným dvěma cílovým souborům. Jelikož odpovědi, které respondenti prvních dvou cílových souborů uvedli, byly po prvních pěti rozhovorech podobné, mnohdy shodné, rozhodla jsem se oslovit skupinu respondentů, kterých se pečovatelská služba nejvíce dotýká. *Třetím cílovým souborem* tedy byli tři klienti pečovatelských služeb Rakovnicka, neboť jejich požadavky na kvalitu mohou být odlišné od poskytovatelů a zřizovatelů. Skutečnost, že poskytovatelé a zřizovatelé odpovídali podobně, mohla být způsobena školením a vzdělávacími akcemi od Ministerstva práce a sociálních věcí.

3.2.1.3. Zpracování dat a průběh kvalitativního výzkumu

Od poloviny března do konce dubna 2008 jsem provedla celkem 15 strukturovaných rozhovorů s otevřenými otázkami. Pro záznam dat jsem využila diktafon a písemné poznámky, které jsem si zapisovala v průběhu rozhovoru. Získané informace od vedoucích pečovatelských služeb byly během výzkumu doplňovány poznatky z osobních setkání, telefonních konzultací či elektronickou poštou. Výhodou audionahrávky je především možnost plného soustředění se na respondentův projev, neboť nejsem vázána zapisováním poznámek celého rozhovoru a následná analýza dat je snazší. Respondenti vždy souhlasili s nahráváním dat na diktafon. Tato skutečnost byla do jisté míry milým překvapením, neboť jsem očekávala, že senioři se budou obávat použití diktafonu. Průměrná délka trvání jednoho rozhovoru byla cca 30 minut. Anonymita respondentů byla zcela zachována, nicméně jména, která jsou v magisterské práci zveřejněna, podléhají souhlasu jejich vlastníků. Analýza rozhovorů byla provedena na základě komentované transkripce, tedy úplného přepisu záznamu z diktafonu. Podle J. Hendla lze komentovanou transkripci provádět dvěma způsoby. Pro účely analýzy kvalitativních dat jsem si vybrala komentovanou transkripci pomocí zvláštních znaků, které označují nápadné příznaky mluvy respondenta. Jedná se například o pomlky, zdůraznění řeči, smích aj. (20, s. 208) Transkripci jsem provedla u 8 rozhovorů, u zbylých 7 rozhovorů jsem si zaznamenala pouze části, které jsem považovala za důležité. Analýze dat se blíže věnuje následující kapitola 3.2.1.4. Analýza dat. Přepis dat byl proveden pomocí software Express Scribe².

Pro komplexní a validní informace o kvalitě pečovatelských služeb na Rakovnicku bylo třeba získat informace nejen od vedení organizací, ale i od řadových pracovníků

² Express Scribe, dostupný z <http://www.nch.com/au/scribe>

a klientů. Tudíž vzorek, který byl pro rozhovory zvolen, sestával ze všech osob, kterých se pečovatelská služba dotýká. Proto jsem zvolila všechny 3 cílové skupiny respondentů, které uvádí kapitola 3.2.1.2. Nezbytnou podmínkou pro výběr vzorku byla ochota podílet se na výzkumu magisterské práce. Například pečovatelky Pečovatelské služby Rakovník, Wintrovo náměstí 1903, nebyly ochotny podílet se na výzkumu, mimo jednoho pečovatele, který rozhovor poskytl ochotně. Příčina neochoty mi není známa, neboť jsem s kolektivem pečovatelek z rakovnické organizace několik let pracovala. Vzorek tázaných mohl být podstatně větší, především o pečovatelky, nicméně po pátém rozhovoru se informace začaly opakovat a nic nového jsem se dále nedozvěděla.

Setkání s respondenty se uskutečnilo na základě telefonické či osobní domluvy, popřípadě e-mailovou korespondencí. Schůzky u klientů byly domluveny prostřednictvím pečovatelek či manažera péče. U klienta mne nejprve ohlásili a předem vysvětlili, oč se bude jednat. Na začátku rozhovoru jsem se představila, vysvětlila účel návštěvy, sdělila předpokládaný časový plán a snažila jsem se vytvořit atmosféru plnou důvěry. To především u klientů pečovatelských služeb. Po sdělení veškerých informací týkajících se výzkumu jsem s respondentem podepsala tzv. informační dopis, o kterém již bylo pojednáno výše. Informační dopis obsahoval kontakty na mne a vedoucí magisterské práce, které mohl tázaný využít v případě dotazů či připomínek. Formulář byl podepsán ve dvou vyhotoveních. Jeden si ponechal tázaný a jeden zůstal mě jako výzkumníkovi.

Setkání s respondenty se uskutečnilo v prostředí kanceláří ředitelů pečovatelských služeb, starostů obcí či vedoucích Odborů sociálních věcí a zdravotnictví, zasedacích místností nebo domácím prostředí klientů. Rozhovory probíhaly v soukromí, pouze při rozhovoru s vedoucím pečovatelské služby Jiří Brabec, s.r.o. byla přítomna asistentka.

Domnívám se, že kvalitativní výzkum proběhl bez obtíží, podle stanoveného plánu.

3.2.1.4. Analýza kvalitativních dat

Cílem analýzy kvalitativních dat bylo nalezení indikátorů kvality pečovatelských služeb na Rakovnicku. I přes to, že obecná výzkumná otázka zní: „Jaká je kvalita pečovatelských služeb na Rakovnicku“, její odpověď budeme znát v závěru magisterské práce. To z toho důvodu, že výzkum je rozdělen do dvou částí (kvalitativní a kvantitativní), jejichž výsledky se doplňují.

Jak jsem již uvedla výše, provedla jsem 15 rozhovorů, z nichž 8 jsem přepsala. Transkripci jsem prováděla průběžně. Tato činnost byla časově velice náročná a J. Hendl ji považuje za podmínku podrobného vyhodnocení sebraných dat. (20, s. 208) Jelikož jsem

absolvovala povinný předmět Kvalitativní výzkumu I a II na Katedře řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích, mé zkušenosti s postupy kvalitativní analýzy vyplývají právě z tohoto předmětu. Pro analýzu kvalitativních dat jsem zvolila postup pomocí zakotvené teorie. Cílem provedených rozhovorů je vznik teorie, která je postavena na sebraných datech. K. Pavlica ve své knize uvádí, že proces vyvíjení tzv. „grounded“ teorie lze charakterizovat jako sekvenci následujících stádií či kroků: a) úvodní průzkum dat situace, b) reflexe, c) konceptualizace a otevřené kódování, d) katalogizace pojmů a kategorií, e) revize a korekce výsledků kódování, f) spojení kategorií a pojmů do teorie a g) re – evaluace. (52, s. 69)

Analýza v zakotvené teorii se skládá ze tří hlavních typů kódování:

- otevřené kódování
- axiální kódování
- selektivní kódování

Otevřené kódování je proces rozebírání, prozkoumávání, porovnávání, konceptualizace a kategorizace údajů. Otevřené kódování je počátkem analýzy dat a je východiskem pro další postupy. (62, s. 42)

Axiální kódování je soubor postupů, které umožňují vztáhnout pojmy a kategorie na určitou teorii. Výzkumník hledá příčiny, důsledky, podmínky, interakce a procesy, vztahy mezi pojmy dává do tzv. paradigmatu, v datech se snaží najít příběh.

Selektivní kódování se zaměřuje na jednu klíčovou kategorii, která je systematicky uváděna do vztahů k ostatním kategoriím. Tyto vztahy se dále ověřují a kategorie, u nichž je to třeba, se dále zdokonalují a rozvíjejí. (20, s. 246 - 253)

Jak uvádějí A. Strauss a J. Corbin, kódování představuje operace, pomocí nichž jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a opět složeny novými způsoby. Je to ústřední proces tvorby teorie z údajů. (62, s. 39)

V první fázi analýzy kvalitativních dat jsem prováděla tzv. otevřené kódování. Jak uvádí J. Hendl, výzkumník provádí otevřené kódování prvním průchodem daty. Přitom lokalizuje témata v textu a přiřazuje jim označení. Pomalu čte terénní poznámky a přepisy rozhovorů a všímá si kritických míst. (20, s. 247) Tak, jak autor popisuje, jsem se snažila postupovat. Zvolila jsem si systém kódování po větách. Počáteční fázi otevřeného kódování tvoří tzv. konceptualizace. A. Strauss a J. Corbinová uvádějí, že rozebráním a konceptualizací máme na mysli rozbor pozorování, věty nebo odstavce a přidělení jména – něčeho, co bude zastávat nebo reprezentovat tento jev – každému samostatnému případu, myšlence nebo události. (62, s. 43 - 44) Samostatně jsem procházela každý rozhovor a důkladně jej četla. Zkoumaný text jsem neustále pročítala a následně jsem začala s jeho kódováním. Jelikož

jsem měla možnost vyzkoušet si otevřené kódování v rámci studia, pozměnil jsem a svůj systém, který se týkal použití „tužky a papíru“. K dispozici jsem měla mnoho barevných pastelky a volných bloků. V textu rozhovoru jsem označovala, důležité pasáže a přiřazovala jim kódy. Při konceptualizaci mne často napadaly hned kategorie, tedy abstraktnější pojmy. Z počátku mi přišlo zvláštní označovat pojmy jednoduchými názvy, měla jsem tendenci přiřazovat odborné pojmy, které byly spíše kategorií. Pozastavila jsem se nad tím a znovu si připomněla definici pojmu a kategorie podle A. Strausse a J. Corbinové. Znovu jsem prostudovala kapitoly o jednotlivých postupech kódování v knize Základy kvalitativního výzkumu od autorů A. Strausse a J. Corbinové. Zvýšila jsem tak svou teoretickou citlivost. Teoretickou citlivost lze získat z literatury, profesní a osobní zkušenosti a samotné analýzy. Jak uvádějí A. Strauss a J. Corbinová, teoretická citlivost poukazuje na určitou osobní vlastnost badatele, a to na schopnost rozlišovat jemné detaily ve významu údajů. Jedná se o schopnost vzhledu, dát údajům význam, porozumět a oddělit související od nesouvisejícího. (62, s. 27 - 28) Následně po konceptualizaci jsem si kódy vypsala na samostatný papír a začala k nim hledat a vymýšlet kategorie. Podle A. Strausse a J. Corbinové, existují různá pojetí procesu kategorizace. Můžeme brát pojmy jeden po druhém tak, jak je označujeme, a ptát se, k jakému jevu patří a jestli se liší od pojmu předcházejícího nebo následujícího. (3, s. 45 - 46) Výše jmenovaní autoři popisují jeden ze způsobů kategorizace. Já jsem si zvolila odlišný způsob kategorizace. Porovnávala jsem kódy mezi sebou a snažila jsem se pojmy spojovat s pojmy podobnými, hledala jsem i podobné významy. Neustále jsem si kladla otázky a porovnávala získaná data. Tento proces jsem opakovala několikrát za sebou, neboť jsem postupovala od obecného ke konkrétnímu. Z počátku jsem měla menší počet kategorií, ke konci jejich počet vzrostl. Jednotlivé kategorie jsem pojmenovala, ovšem obecněji než kódy, které kategorie obsahovaly. Tímto způsobem jsem vytvořila 16 kategorií, které se vztahují ke kvalitě pečovatelských služeb na Rakovnicku, ovšem jen 13 z nich reprezentují indikátory kvality pečovatelských služeb na Rakovnicku.

V poslední fázi otevřeného kódování jsem ke každé kategorii hledala a přiřazovala vlastnost a k vlastnosti dimenzi. Dimenze se mění v rozsahu určitých škál. V této fázi procesu jsem si kladla otázky, jakou může mít kategorie vlastnost. Na bázi kontextu daného výzkumu jsem se snažila dimenzi vymyslet. Tato část mi přišla náročná z toho důvodu, že u některých kategorií nebylo jednoduché dimenzi vymyslet či najít více dimenzí pro jednotlivé kategorie. Výsledek otevřeného kódování uvádí tabulka 2.

Po dokončení otevřeného kódování jsem nepokračovala v kódování axiálním a selektivním. Získané výsledky postačily k získání indikátorů kvality pečovatelských služeb na Rakovnicku, což bylo účelem kvalitativního výzkumu.

Tabulka 2: Výsledek otevřeného kódování

Kategorie	Vlastnosti	Možné dimenze
<i>Schopnost reakce na klientovi potřeby</i>	<ul style="list-style-type: none"> - flexibilita - přizpůsobení služby klientovi - schopnost odhadu situace klienta - změna služby - rychlost reagovat - reagovat kdykoli - rozšíření sortimentu služeb klienta - umět doporučit pomoc PS - individuální požadavky na kvalitu - klíčový pracovník 	vysoká.....nízká zcela.....vůbec je.....není celková.....částečná umí.....neumí možné.....není možné velké.....malé umí.....neumí náročné.....nenáročné schopný.....neschopný
<i>Vztah mezi klientem a PS</i>	<ul style="list-style-type: none"> - respektování přání klienta - očekávání klienta - akceptace klienta - vůle klienta je 1. místě - klient = partner PS - individuální práce s klientem - respektování soukromí klienta - vztah mezi kli. a PS = základ úspěchu práce 	zcela.....vůbec velké.....malé zcela.....vůbec vždy.....nikdy vždy.....nikdy dobrá.....špatná zcela.....vůbec priorita.....nedůležité
<i>Zájem o spokojenost klientů ze strany vedení</i>	<ul style="list-style-type: none"> - zpětná vazba od klientů - dotazník - osobní návštěva vedení u klientů 	reflektována.....nevyužitá dobrý.....špatný účelná.....neúčelná
<i>Spokojenost klienta</i>	<ul style="list-style-type: none"> - dobře provedená služba - možnost volnočasových aktivit - rodinný přístup - domácí prostředí - dochvilnost pečovatele - ochota pečovatele - slušné chování pečovatele - pečlivost pečovatele 	vždy.....nikdy je.....není je.....není je.....není přesný.....má zpoždění velká.....malá je.....není velká.....malá
<i>Spokojenost zaměstnanců</i>	<ul style="list-style-type: none"> - dobrý přístup vedení PS - dobré pracovní podmínky - místo pro odpočinek - automobil - nízká nemocnost personálu - nízká fluktuace personálu 	vždy.....nikdy vždy.....nikdy vhodné.....nevhodné k dispozici je.....není není není
<i>Poptávka po PS</i>	<ul style="list-style-type: none"> - poptávka klientů a veřejnosti - absence stížnosti - nárůst počtu klientů 	vysoká.....nízká je.....není vysoký.....nízký
<i>Dostupnost PS</i>	<ul style="list-style-type: none"> - místní - časová - finanční 	dobrá.....špatná dobrá.....špatná dobrá.....špatná

<i>Kvalitní personál</i>	<ul style="list-style-type: none"> - vzdělání - akreditovaný kurz - etický přístup - schopnost týmové spolupráce - umění dohodnout se - snaha vyhovět - spolehlivost - lidský přístup - ochota práce přes čas - individuální přístup ke klientovi - duševní hygiena - účast na supervizi 	VŠ.....ZŠ kvalitní.....nekvalitní je.....není je.....není je.....není je.....není je.....není je.....není je.....není je.....není je.....není
<i>Průběžné zvyšování kvality</i>	<ul style="list-style-type: none"> - zájem managementu PS o kvalitu - neustálé zlepšování kvality - standardy kvality soc. služeb - aktualizace standardů - snaha udržet kvalitu - interní směrnice PS - zákon č. 108/2006 Sb. - inspekce kvality soc. služeb - pracovní postupy 	má.....nemá stále.....nikdy vypracované.....nikoli probíhá.....neprobíhá velká.....malá vypracovány.....nikoli dodržován.....nikoli přísná.....mírná vypracovány.....nikoli
<i>Celodenní péče</i>	<ul style="list-style-type: none"> - služba není ohraničena časem - dostatek času na klienta - možnost péče po celý den - onemocnění klienta - nedostatek času rodiny - potřeba péče v brzkých ranních a ve večerních hodinách 	výhodné.....nevýhodné mnoho.....málo možno.....není možno vážné.....žádné vždy.....nikdy nutná.....není nutná
<i>Komunikace</i>	<ul style="list-style-type: none"> - rozprava s klientem - rozprava s rodinou - kvalitní a smysluplný rozhovor mezi pečovatelem a klientem - zájem o klienta ze strany peč. - komunikace vedení s personálem 	často.....nikdy často.....nikdy vždy.....nikdy je.....není vysoká.....nízká
<i>Provázanost a spolupráce sociálních a zdravotních služeb</i>	<ul style="list-style-type: none"> - spolupráce zdravotní a sociální péče - tísňová péče - respitní péče - rodina - potřeba odpočinku rodiny 	funguje.....nefunguje potřebná.....nepotřebná potřebná.....nepotřebná pečuje.....nepečuje velká.....malá
<i>Dostatek finančních prostředků</i>	<ul style="list-style-type: none"> - finance - podpora od zřizovatele - příspěvek na péči - nízké platy pečovatelů - nedostatek - poplatky 	dostatek.....nedostatek velká.....malá vysoký.....nízký vždy.....nikdy hmotný.....nehmotný vysoké.....nízké

V rámci otevřeného kódování jsem zjistila další tři kategorie, které ovšem nejsou indikátory kvality, ale s pečovatelskými službami na Rakovnicku souvisejí.

Kategorie	Vlastnosti	Možné dimenze
<i>Negativní faktory ovlivňující kvalitu pečovatelských služeb a spokojenost klientů na Rakovnicku</i>	<ul style="list-style-type: none"> - poskytování omezeného sortimentu služeb podle vyhlášky 505/2006 Sb. - neschopnost reakce na potřeby a přání klienta - obava klienta stěžovat si - nedostatek personálu - obava klienta z pečovatelky - služba bez lidského přístupu - nespokojenost klientů - nedodržování standardů kvality - stroze odvedená práce - mnoho výjimek, kdy se služba neposkytuje - týrání klienta 	<p>je.....není</p> <p>zcela.....vůbec</p> <p>velká.....malá</p> <p>závažný.....nezávažný</p> <p>velká.....malá</p> <p>vždy.....nikdy</p> <p>velká.....malá</p> <p>zásadně.....minimálně</p> <p>vždy.....nikdy</p> <p>není</p> <p>prokazatelné.....ne</p>
<i>Profil klienta pečovatelských služeb na Rakovnicku</i>	<ul style="list-style-type: none"> - má důvěru v personál a poskytované služby - je motivován ke spolupráci - nemá obavy sdělit své požadavky a přání - je individuum - má čas na vlastní rozhodnutí - není sám - cítí se dobře a je pozitivně naladěn - těší se na pečovatelku/e - rád si s pečovatelkou/em povídá - své pečovatele zná - usmívá se - je jiný ve městě a na vesnici 	<p>velkou.....malou</p> <p>zcela.....vůbec</p> <p>vždy.....nikdy</p> <p>ano.....ne</p> <p>vždy.....nikdy</p> <p>vždy.....nikdy</p> <p>vždy.....nikdy</p> <p>vždy.....nikdy</p> <p>dlouho.....krátce</p> <p>dobře.....špatně</p> <p>vždy.....nikdy</p> <p>ano.....ne</p>
<i>Potřeba pečovatelské služby</i>	<ul style="list-style-type: none"> - setrvání klienta v domácím prostředí - žít doma - bytové podmínky klienta - kontakt s rodinou a ostatními lidmi - věk klienta - pomoc - život klienta 	<p>možné.....nemožné</p> <p>možné.....nemožné</p> <p>vhodné.....nevhodné</p> <p>často.....nikdy</p> <p>vysoký.....nízký</p> <p>dostatečná.....nedostatečná</p> <p>důstojný.....nedůstojný</p>

3.2.1.5. Výsledky kvalitativního výzkumu

Z provedené analýzy rozhovorů, která byla realizována metodou zakotvené teorie, jsem našla 16 kategorií, z nichž 13 představuje indikátory kvality pečovatelských služeb na území bývalého okresu Rakovník a 3 kategorie se pečovatelských služeb jen týkaly, nicméně s kvalitou souvisejí. Výsledky, tedy indikátory kvality, jsou sumarizací analýzy dat, nepředstavují odpovědi na jednotlivé otázky rozhovoru. Nalezení indikátorů kvality pečovatelských služeb na Rakovnicku bylo cílem kvalitativního výzkumu.

Indikátory kvality pečovatelských služeb na Rakovnicku:

► *Schopnost reakce na klientovy potřeby*

Prvním indikátorem kvality pečovatelských služeb je *schopnost reakce na klientovy potřeby*.

Respondenti, se kterými jsem rozhovor vedla, spatřovali kvalitu pečovatelské služby ve *flexibilitě*, tedy pružnosti k potřebám uživatele sociální služby, *přizpůsobení služby klientovi*, možné *změně služby* a *rychlosti reagovat*. Ředitelka Pečovatelské služby Rakovník uvedla, že: „... v naší pečovatelské službě dobře funguje pružnost, to, že klient zavolá, byť nový klient či zájemce, kterej tady už má nějakou službu zavedenou, že zavolá a my jsme schopný, dalo by se říct z hodiny na hodinu, mu tu službu ještě rozšířit nebo se s nim domluvit, že ta služba může být zavedená v co nejkratší možný době.“ Další vlastností, která charakterizuje výše uvedený indikátor, je *schopnost odhadu situace klienta*. Z. Lüftnerová, ředitelka pečovatelské služby v Rakovníku, tvrdí: „... i ty řadoví zaměstnanci - pečovatelky, aby sami dokázali přijít a říct: „My tam poskytujeme takovou službu, ale myslíme si, že je to málo, myslíme si, že ta služba by tam byla zapotřebí ještě jinak, v jiným rozmezí“. *Schopnost rozšířit služby u klienta* či zájemci o službu a *doporučit pomoc pečovatelské služby* patří k nezbytným vlastnostem organizace. Z provedených rozhovorů vyplynulo, že každý klient pečovatelské služby je individuum, kterému je třeba naslouchat, tudíž *adekvátně reagovat na jeho potřeby a přání*. Paní I., pečovatelka z Nového Strašecí, v rozhovoru uvedla: „... každý ten člověk je jinej, nejsou všichni stejní ...“. Z. Lüftnerová také konstatovala, že podstatnou roli v oblasti potřeb klienta hraje klíčový pracovník, jehož funkce by měla být zastoupena v každé pečovatelské službě.

► *Vztah mezi klientem a pečovatelem*

Dílní ukazatele, které reprezentují druhý zjištěný indikátor kvality pečovatelských služeb na Rakovnicku, jsou *respektovaná přání a soukromí klienta, akceptace klienta a jeho očekávání, vůle klienta*. Ředitelka pečovatelské služby v Novém Strašecí uvedla: „Pokavaď ten klient chce nebo uživatel chce, tak samozřejmě do toho může vstoupit i třetí další osoba, ale jenom s jeho vůlí ... , my samozřejmě musíme plně akceptovat to, co chce po nás klient.“ Výše uvedená citace rozhovoru dokládá, že respektování přání klienta a jeho vůle je nezbytnou součástí vztahu pečovatelky a uživatele pečovatelské služby. *Vztah mezi pečovatelem a klientem* je základ úspěchu společné práce a nápomoci klientovi v prostředí, ve kterém žije. „No, v první řadě by se tam měl být ten vztah klient a pečovatelka nebo pečovatel“, uvedla pečovatelka z Nového Strašecí, paní I. Dále konstatuje, že „... někdo se rád zamkne, vezme si vyšívání, pletení, někdo si rád vezme knížku, někdo si se mnou povídá“ Tudiž *respektování soukromí* klienta je důležitým aspektem v poskytování služeb. *Klient je pro pečovatelskou službu partnerem*. Z. Lüftnerová v rozhovoru upozornila, že partnerem je pro pečovatelskou službu stále klient či soudem ustanovený opatrovník. Jak již bylo uvedeno výše, každý uživatel služby je individuum, a tak by k němu měl přistupovat i personál. Pečovatel L. z Pečovatelské služby Rakovník zmínil: „Podle mě je nejdůležitější *individuální přístup* ke každému klientovi, protože když se dělá něco šmahem pro všechny stejně, ke všem stejný podmínky, tak to prostě nemůže vyhovovat.“ Tudiž *individuální práce s klientem* je nedílnou podmínkou v poskytování kvalitních sociálních služeb.

► *Spokojenost klienta*

V rámci rozhovorů uvedla většina respondentů, že kvalitu pečovatelských služeb vnímají ve spokojenosti jejich klientů. Na otázku: „Jak se podle Vás pozná, že služba, kterou poskytujete, je kvalitní?“, odpověděla většina respondentů „ve spokojenosti klientů“. Majitel pečovatelské služby Jiří Brabec, s.r.o. sdělil: „No, pozná se to tím, že ten klient je spokojenej.“ I vedoucí Odboru sociálních věcí a zdravotnictví Městského úřadu Rakovník se shoduje: „No, že s ní bude ten, kdo ji bere, kdo ji bude odebírat, že s ní bude spokojenej. To si myslím, že jo, že s ní bude spokojenej, to je kvalitní služba.“ Na otázku: „Co jsou pro vás indikátory kvality?“, ředitelka pečovatelské služby Rakovník uvedla: „V každém případě je to spokojenost klientů.“

Z analýzy kvalitativních dat jsou patrné dílčí ukazatele, které indikátor spokojenosti charakterizují. *Dobře provedená služba a pečlivost pečovatele* je pro klienty pečovatelských služeb podmínkou jejich spokojenosti. Klientka P. při rozhovoru uvedla: „...a to, co vyžadují to je udělaný pečovatelkou dobře, velice dobře, no, mě to vyhovuje ... okna vyčistí pečlivě, jo, to jo.“ Pro klienty je podstatné *slušné chování* pečovatele k seniorům. Klientka K. sdělila: „... aby se chovali ke starému člověku slušně, hlavně slušně, že jo ...“ Mezi dílčí indikátory patří i *ochota pečovatelky*, která vyzařuje z pečovatelky I. z Nového Strašecí: „... ta paní si sama léky nevezme, že si sama to jídlo nevezme, protože byla závislá opravdu na tom pánovi, že ten pán na ní dohlídnul, tak že opravdu, že jako jsem přišla k večeru, abych ji ty léky dala, protože jsem věděla, že ty léky nedostane ..., tak by to bylo špatný.“ Seniori mají obvykle svůj čas strukturovaný a denní aktivity naplánované, tudíž vyžadují *dochvilnost pečovatelek*. Klientka K. v rámci rozhovoru sdělila: „... prostě vy jste nepřišla v devět, proč jste nepřišla v devět? Na to mi odpověděla, že měla práci a byla tady byla v půl devátý a já prý měla ještě zamčeno.“ *Možnost volno-časových aktivit* zpřijemňuje seniorům chvíle jejich života. Pečovatelka I. uvedla: „... pořádáme besídky, takže školky k nám chodí, dětičky na Vánoce, besídky vánoční ...“ Ředitelka pečovatelské služby v Novém Strašecí dodává: „Kdyby měli klienti zájem, že by se zařídil třeba nějaký zájezd, divadlo, jo, prostě nějaký to společenský vyžití pro ně ...“ Všichni respondenti se shodli, že snaha o *rodinný přístup* ke klientům a snaha vytvářet ve společenských prostorách *domácí prostředí* přispívají ke spokojenosti uživatelů pečovatelské služby.

► *Zájem o spokojenost klienta ze strany vedení*

Jak již bylo konstatováno, spokojenost klientů je jeden z nejdůležitějších indikátorů kvality pečovatelských služeb na Rakovnicku. Je tedy nezbytné, aby vedení zjišťovalo spokojenost jejich klientů, jejich přání a požadavky, a tak neustále jejich spokojenost udržovalo. Z provedené analýzy rozhovorů je patrné, že se vedení zajímá o *zpětnou vazbu od klientů*, kterou zjišťují především *dotazníkovým šetřením* či *osobním setkáním s klienty*. Z. Lüftnerová v rozhovoru uvedla: „... skutečně spokojenost ze strany těch klientů, ať je to těmi dotazníky ...“ Odlišnou informaci sdělila ředitelka Okresní pečovatelské služby v Novém Strašecí, o.p.s.: „No, ověřuji si to, jelikož navštěvuji klienty, všechny klienty co máme, tak jednou za čtvrt roku je všechny navštívím, takže si s nimi popovídám, jestli jim vše vyhovuje, pečovatelky, jestli jsou takový, jaký mají být, takže tímhle způsobem, osobním kontaktem.“

► *Spokojenost zaměstnanců*

Z rozhovorů, které byly provedeny se všemi třemi cílovými skupinami, vyplývá, že kvalitní poskytování pečovatelské služby závisí, mimo jiné, na *spokojeném personálu*. Spokojenost zaměstnanců a dobrý pocit v práci ovlivňuje několik faktorů, které se na spokojenosti personálu podílejí. Z analýzy rozhovorů vzešlo, že *dobrý přístup vedení organizace* se velkou měrou podílí na spokojenosti pečovatelů i ostatních zaměstnanců pečovatelských služeb na Rakovnicku. Ředitelka pečovatelské služby Rakovník zmínila: „... spokojenost i těch zaměstnanců, pokavaď uvidím, že třeba my hodně lidí bude marodit, bude velká fluktuace zaměstnanců, nebudou spokojený s pracovními podmínkami, s přístupem vedení, tak i to hovoří o tom, že ta služba asi bude víc zaměřená jednostranně, a to zase nejde ...“ Z rozhovorů je patrné, že i *pracovní podmínky a místo pro odpočinek*, především pečovatelů, působí na jejich spokojenost a jsou důležité pro výkon kvalitní práce. Ze slov Z. Lüftnerové je patrné, že *nízká fluktuace zaměstnanců* a jejich *nízká nemocnost* hovoří o skutečnosti, že se pracovníkům v zaměstnání daří dobře a jsou tam spokojeni. Všichni pečovatelé se v rozhovorech shodli, že *automobil* je výhodou, která usnadňuje a zpříjemňuje práci v terénu. Poznatkem, který jsem získala z rozhovorů, je, že pokud má pečovatel *kladný vztah k jeho práci* a *za klienty chodí rád*, je to určitý ukazatel jeho spokojenosti v práci.

► *Poptávka po pečovatelské službě*

Kvalitu pečovatelské služby dokládá skutečnost, že je po pečovatelské službě *poptávka jak ze strany klientů, tak veřejnosti*. Na otázku „Jak se podle Vašeho názoru pozná, že služba, kterou poskytujete, je kvalitní?“ Z. Lüftnerová odpověděla: „No, tak my to poznáme z toho, že vlastně, že o tu službu je zájem ze strany jak teda uživatelů, tak ale i rodinných příslušníků, ne přímo těch uživatelů. Ptají se na ní, sháněj tu službu ...“ Důsledkem poptávky po službách pečovatelské služby je *nárůst počtu klientů*. Paní R. sdělila: „... v lednu 2007 jsme měli 199 klientů a na konci roku jsme jich měli 207, s tím teda, že jich jako vopravdu dost umřelo, za ten rok 2007. Počet klientů není ovšem v oblasti služeb pro seniory relevantní ukazatel, neboť mnohdy počet zemřelých přesahuje počet zájemců o službu a naopak. Jedním z možných dílčích ukazatelů kvality je *absence stížností*, shodli se ředitelé pečovatelských služeb na Rakovnicku. Vedoucí Odboru sociálních věcí a zdravotnictví Městského úřadu Rakovník sdělil: „Já jsem nezaznamenal, co jsem vedoucí, ani před tím jsem nezaznamenal, že by přišla někdy stížnost.“

► *Dostupnost pečovatelské služby*

Jednou z podmínek kvality pečovatelských služeb na Rakovnicku je jejich dostupnost. Na otázku „Jak si představujete kvalitní sociální službu?“ vedoucí Odboru sociálních věcí a zdravotnictví Městského úřadu Rakovník odpověděl: „Aby byla snadno dostupná, nebyla moc drahá, i když je jasný, že musí být ta služba placená a aby ji teda dělal někdo, kdo ví, že tu práci chce dělat.“ Tudíž kvalita pečovatelských služeb na území bývalého okresu Rakovník se pozná tak, že k ní mají přístup lidé na celém území okresu Rakovník. Dílčím ukazatelem kvality je tedy *místní dostupnost*. Z uvedené citace rozhovoru vyplývá, že dalším nárokem na kvalitu pečovatelské služby je *finanční dostupnost*. Je důležité, aby nebyla dostupná jen pro finančně zajištěnou skupinu lidí. V neposlední řadě *dostupnost časová* hraje důležitou roli v oblasti kvality pečovatelských služeb na Rakovnicku, neboť celodenní péče je nezbytnou nutností v poskytování služeb pro seniory.

► *Kvalitní personál*

Kvalitní personál je podmínkou pro poskytování kvalitních služeb. Kvalita personálu je obecný pojem, který v sobě obsahuje mnoho podmínek a požadavků. *Vzdělání* zaměstnanců je nezbytnou podmínkou pro výkon pomáhajících profesí a v případě profese pečovatele je za základ vzdělání požadován *akreditovaný kurz*, jemuž byla pozornost věnována v teoretické části magisterské práce. Aby byla práce pečovatelek efektivní, je třeba *týmové spolupráce* a *umění dohodnout se*. Z. Lüftnerová uvedla: „... a my to tady pak vlastně v tom našem kolektivu probereme a v ten moment je tam vyslán ještě navíc sociální pracovník nebo manažer péče ...“ Vedoucí pečovatelských služeb se v rozhovorech shodli, že se snaží o to, aby *klientovi* co nejvíce *vyhověli*. Z rozhovorů s klienty je patrné, že od pečovatelek vyžadují práci přes čas. Je otázkou, do jaké míry je to možné, nicméně *ochota pečovatelky práce přes čas* je považována vedoucími za jeden z požadavků kvality pečovatelských služeb. Pracovník přímé péče by měl mít *vstřícný vztah ke klientovi*. Z. Lüftnerová sdělila: „Jsou tady sociální pracovníci v naší organizaci, kde vlastně ty lidi k nim mají takový, dalo by se říct užší vztah a určitě je tam navázaná taková ta vazba tý vstřícnosti ze strany těch sociálních pracovníků ...“ Pečovatel z Rakovníka uvedl: „Tak podle mě je nejdůležitější individuální přístup ke každému klientovi ...“ Je tedy zřejmé, že každý klient má jiné požadavky a přání, tudíž *individuální přístup* ke klientovi je nezbytný. Majitel soukromé pečovatelské služby J. Brabec uvedl:

„ ... aby ta pečovatelka, která tam přijde do té domácnosti k některému tomu klientovi, aby tam nebyla cizí. Aby tam nebyla čistě jenom úředně. Teďko tady máme jednu pečovatelku, která klientovi upeče buchty, že jo, takže je to o něčem jiném, než když někdo přijde a udělá nějaký úkon a odejde.“ Z výše uvedeného úryvku rozhovoru je patrné, že *lidský přístup personálu* ke klientům navodí příjemnou, neformální atmosféru v domácnosti klienta. Ovšem je třeba respektovat etickou stránku věci. „ ... pokavaď to dovolí zase třeba nějaký etický přístup, nějaký etický jednání, tak jsme povinni dodržet to, co ten klient chce ...“, uvedla ředitelka Z. Lüftnerová. Aby personál, především pracovníci přímé péče, byl kvalitní, je třeba využívat *duševní hygieny* či *supervize*.

► *Průběžné zvyšování kvality*

Aby byla služba neustále kvalitní, je třeba ji neustále zvyšovat a poskytované služby zlepšovat ve prospěch jejích uživatelů. Na otázku „Máte nějaké rezervy v kvalitě poskytovaných služeb?“ odpověděla Z. Lüftnerová: „...i když bude služba na špičkové úrovni, že vždycky budou rezervy. Já si myslím, že i když bude služba na určitý úrovni, tak vždycky se dá, když bude vůle ze strany toho managementu a i pak těch zaměstnanců, vždycky se dá na tom něco zlepšit.“ Z analýzy rozhovorů je zřejmé, že pro průběžné zvyšování kvality je třeba *vůle a snaha* jednak *managementu organizace*, ale i *řadových zaměstnanců*. Odpovědi respondentů na otázku „Jaké jsou pro Vás indikátory kvality?“ se shodovaly ve *standardech kvality sociálních služeb* a jejich *aktualizaci* podle *zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách*. Ředitelka pečovatelské služby v Novém Strašci uvedla, že se řídí zákonem o sociálních službách, a tedy i standardy kvality sociálních služeb. Z rozhovoru vyplynulo, že otázkou kvality se zabývají od účinnosti zákona o sociálních službách, tedy od roku 2007, kdy se chystají *inspekce poskytování sociálních služeb*. Taktéž reagovala ředitelka pečovatelské služby v Rakovníku a doplnila: „Máme zpracováno teda těch devět základních standardů, těch nejdůležitějších a neustále na nich pracujeme, vlastně už teďka po třetí jsem je předělávala.“ Dále tvorba interních dokumentů a směrnic je považována vedoucími organizací za minimální standard, který je třeba v organizaci dodržovat.

► *Celodenní péče*

Všichni respondenti se v rozhovorech shodli, že je žádoucí, aby pečovatelské služby na Rakovnicku poskytovaly celodenní péči, která není na celém území bývalého okresu Rakovník zabezpečena. Poskytování služeb po celý den je jeden z indikátorů kvality pečovatelských služeb na Rakovnicku. Mnozí klienti vyžadují péči v *brzkých ranních* či *pozdních večerních hodinách*. Jelikož služby, které většina pečovatelských služeb na Rakovnicku nabízí, jsou ohraničené časem, není možné tyto požadavky klientů zabezpečit. Tento fakt by mohl být považován za nedostatečnou kvalitu pečovatelských služeb. Za kvalitní je považována služba, která *není ohraničena časem*, tudíž klienti s nízkou soběstačností či různým onemocněním, mají možnost pomoci po celý den. V rámci rozhovoru s pečovatelem L. bylo zjištěno, že v důsledku velkého počtu klientů, pečovatelé nemají dostatek času na klienta, což se projevuje v jejich nespokojenosti. Pečovatel L. uvedl: „Tady se řeší spíš otázka co nejvíc peněz získat pro město, protože to je náš mecenáš, takže když se uvažuje o službách, tak se uvažuje nabrat jich co nejvíc. Pak vzhledem k tomu, že díky těm penězům je nás tu relativně málo, někdy málo někdy hodně, takže není moc klid na tu službu. Čili nemáš čas.“

► *Komunikace*

Základem vztahu mezi pečovatelem a klientem je verbální či neverbální komunikace. Nejen komunikace ve vztahu klienta a pečovatele je nezbytnou podmínkou, ale i ve vztahu nadřízeného a podřízeného, tedy vedoucího pečovatelské služby a pracovníků přímé péče. Z provedených rozhovorů je patrné, že *zájem o klienta* ze strany pečovatele a *rozprava s ním*, je nezbytná pro spolupráci a navázání dobrého vztahu. Na otázku „Co klientům zkvalitňuje život?“ odpověděla ředitelka pečovatelské služby v Rakovníku: „No, těch věcí co může klientům zkvalitňovat život je hodně, ať si to vezmeme jenom třeba rozhovor s pečovatelem. Jako přinést nákup, ano, zajistit hmotný zabezpečení toho klienta, ale zkvalitní mu život i rozhovor. Když tam přijde pečovatel, promluví s nimi, ne jenom o počasí, ale i o jiných věcech, proberou spolu to co toho člověka zajímá. Jenom se ho zeptá na to jak se vyspal, co se mu zdálo, jestli byly děti. Prostě takový to, aby ten člověk věděl, že někomu na něm záleží.“ Je patrné, že *smysluplný rozhovor mezi pečovatelem a klientem* zlepšuje kvalitu života klienta a vede k pocitu sounáležitosti. Jak uvedla pečovatelka I., jeden z dílčích indikátorů komunikace je *duševní podpora* klienta.

► *Provázanost a spolupráce sociálních a zdravotních služeb*

Na základě analýzy rozhovorů lze konstatovat, že je žádoucí *spolupráce sociálních a zdravotnických organizací*. Spolupráce a návaznost pečovatelské služby na *tísňovou péči, domácí péči a respitní služby* by představovala komplexní péči o seniory v domácím prostředí. Z. Lüftnerová, ředitelka Pečovatelské služby Rakovník sdělila: „...pečovatelská služba v návaznosti na nějakou tu *tísňovou linku* a *odlehčovací služby* pro rodiny, protože je spousta rodin, které nepotřebují pravidelnou službu, ale i ty pečující si potřebují odpočinout.“ Z výše uvedeného vyplývá, že pro kvalitní poskytování služeb pečovatelskou službou je třeba spolupracovat s jinými subjekty, které doplní služby pečovatelské služby a zabezpečí potřeby člověka komplexně.

► *Dostatek finančních prostředků*

Sdělení, především od vedoucích a zřizovatelů pečovatelských služeb, dokládá, že podmínkou zvyšování kvality pečovatelské služby a realizace výše zjištěných indikátorů kvality je *dostatek finančních prostředků*. Na finanční situaci organizace závisí rozvoj ve smyslu zlepšování pracovních podmínek zaměstnanců, dostatek automobilů pro rozvážku obědů a snazší mobilitu pečovatelů v terénu, adekvátní výše mzdy zaměstnanců apod. *Podpora od zřizovatele* pečovatelské služby, *výsledky dotačního řízení* jsou nezbytnou podmínkou pro možnost neustálého zlepšování a rozvoj organizace. Ředitelka Okresní pečovatelské služby o.p.s v Novém Strašecí uvedla: „... rádi bychom službu rozšířili, třeba i na odpolední, že by se poskytovala třeba do desíti, do 22 hodin, ale bohužel, samozřejmě je to i ohledně ekonomického řešení, peníze nejsou dneska nikde ...“ Pečovatelka I. z Okresní pečovatelské služby v Novém Strašecí při rozhovoru sdělila: „chtěli bychom pro klienty víc aktivit, aby se někam víc podívali, ale problém jsou finance.“ Z analýzy rozhovorů vyplývá, že finanční situace pečovatelských služeb na Rakovnicku je podmínkou pro rozvoj organizace a zvyšování kvality poskytovaných služeb.

3.2.1.6. Hlavní zjištění kvalitativního výzkumu

Pomocí kvalitativního výzkumu jsem zjistila, že zřizovatelé, poskytovatelé a uživatelé pečovatelských služeb na Rakovnicku vnímají a definují kvalitu pečovatelských služeb podle následujících kritérií, které představují zjištěné indikátory kvality pečovatelských služeb na Rakovnicku:

- Spokojenost klienta
- Vztah mezi klientem a pečovatelem
- Schopnost reakce na klientovy potřeby
- Zájem o spokojenost klienta ze strany vedení organizace
- Spokojenost zaměstnanců
- Poptávka po pečovatelské službě
- Dostupnost pečovatelské služby
- Kvalitní personál
- Průběžné zvyšování kvality
- Celodenní péče
- Komunikace
- Provázanost a spolupráce sociálních a zdravotních služeb
- Dostatek finančních prostředků

3.2.2. Kvantitativní výzkum spokojenosti klientů pečovatelských služeb

3.2.2.1. Výzkumný problém a cíl kvantitativního výzkumu spokojenosti klientů pečovatelských služeb

Na základě kvalitativního výzkumu byly vytipovány indikátory kvality pečovatelských služeb na Rakovnicku. Z provedené analýzy kvalitativních dat vyplynulo, že většina tázaných, tedy poskytovatelů, zřizovatelů i uživatelů pečovatelských služeb na území bývalého okresu Rakovník, považuje za prvotní indikátor kvality pečovatelských služeb spokojenost klientů, tedy uživatelů pečovatelských služeb. Pomocí kvantitativního výzkumu jsem se rozhodla následně ověřit, jaká spokojenost uživatelů pečovatelských služeb na Rakovnicku opravdu je.

Jelikož pečovatelské služby na území bývalého okresu Rakovník disponují relativně velkým počtem klientů, nebylo možné osobně hovořit se všemi těmito uživateli. Vhodnou

metodou pro uskutečnění tohoto záměru byl kvantitativní výzkum, jež mi umožnil získat informace od početné skupiny respondentů pomocí jejího vzorku.

Pomocí kvantitativního výzkumu jsem usilovala o zodpovězení otázek, které se spokojenosti klientů s poskytovanými službami od pečovatelských služeb týkají. Jejich znění mi pomohl formulovat také kvalitativní výzkum, na jehož výsledky, tedy indikátory kvality, se otázky zaměřují:

1. Jaká je celková spokojenost se službami, které poskytují PS na území bývalého okresu Rakovník?
2. Jaký je přístup personálu PS ke klientům?
3. Jsou klienti spokojeni s prostředím, ve kterém žijí?
4. Komunikuje personál dostatečně s klienty?
5. Je čas, který věnuje personál klientovi, dostatečný?
6. Je rozsah doby, kdy může být služba poskytnuta, pro klienty vyhovující?
7. Je respektováno soukromí obyvatel DPS?
8. Dostávají klienti průběžné informace od personálu PS?

Cílem kvantitativního výzkumu je zjistit, jaká je spokojenost uživatelů pečovatelské služby na území bývalého okresu Rakovník s poskytovanými službami, neboť spokojenost klientů, jak ukazují výsledky kvalitativního výzkumu, je prioritním ukazatelem kvality pečovatelských služeb na Rakovnicku.

3.2.2.2. Výzkumná otázka a hypotézy

Obecná hypotéza mé práce předpokládá, že pečovatelská služba není na Rakovnicku zajištěna v dostatečné kvantitě a kvalitě. Pro její upřesnění jsem pro kvantitativní výzkum spokojenosti klientů pečovatelských služeb sestavila následující výzkumné otázky a hypotézy:

Obecná výzkumná otázka:

Co ovlivňuje celkovou spokojenost klientů s poskytovanými službami na území bývalého okresu Rakovník? Dále si výzkum kladl za cíl zjistit, v čem uživatelé pečovatelských služeb spatřují nedostatky v poskytování služeb.

Hlavní hypotéza týkající se podmíněnosti spokojenosti klientů se službami:

Spokojenost s poskytovanými službami na Rakovnicku je ovlivněna jednak osobními charakteristikami klientů (věk, délka využívání služby atd.), jednak nabídkou služeb danou druhem zařízení pečovatelských služeb dle místa zřizovatele (Nové Strašecí, Rakovník, Mutějovice).

Hlavní hypotézu jsem podrobněji rozpracovala do pracovních hypotéz, které jsem následně testovala pomocí dotazníkového šetření. **Pracovní hypotézy** zní:

Osobní charakteristika klienta:

- H1: Čím častěji klient pečovatelskou službu využívá, je celkově spokojen.
- H2: Celková spokojenost roste s délkou využívání pečovatelské služby.
- H3: Muži jsou více spokojenější než ženy.
- H4: S rostoucím věkem se celková spokojenost snižuje.
- H5: Čím je klientův zdravotní stav závažnější, tím klesá jeho celková spokojenost.

Nabídka služeb a lokalita, kde je služba poskytována:

- H6: Celková spokojenost se liší mezi třemi druhy zařízení pečovatelských služeb podle místa zřizovatele (Nové Strašecí, Rakovník, Mutějovice), které se vyznačují odlišným rozsahem poskytovaných služeb a u nichž předpokládám i různou kvalitu nabízených služeb.

Uvedené hypotézy budu ověřovat zvlášť u podskupin klientů žijících DPS a klientů v domácím prostředí.

Operacionalizace:

Celková spokojenost se službami bude indikována v následujících dimenzích, které vycházejí ze zjištění kvalitativního výzkumu. V případě klientů žijících v domácnostech jde o sedm položek: doba, čas, kvalita, rozsah, komunikace, dostatek informací, přístup pečovatelky; v případě klientů žijících v DPS jsou zjišťovány navíc ještě dimenze: respekt soukromí a kvalita prostředí. Tyto dimenze jsem formulovala do baterie otázek pro dotazník, v němž respondenti vyjadřovali na základě své spokojenosti souhlas s danými výroky (viz příloha 5 otázka 7). Nejprve popisují spokojenost v dílčích dimenzích a poté jsem z nich vytvořila součtové indexy celkové spokojenosti pro DPS a služeb v domácnosti, které dále používám pro ověření pracovních hypotéz.

Mezi nezávislými znaky, které jsem využila k vysvětlení celkové spokojenosti s pečovatelskými službami, kromě sociodemografických znaků *věku* a *pohlaví*, výzkum zjišťoval *délku využívání pečovatelské služby* v rocích (0 – 1; 1 – 5; 5 – 10; 10 let a více), *frekvenci využívání pečovatelské služby* (denně; několikrát za týden; několikrát za měsíc; několikrát za rok) a *sebehodnocení zdravotního stavu* na pětibodové škále (výborný; dobrý; relativně dobrý; špatný; vážný).

3.2.2.3. Cílová populace a způsob výběru respondentů

Pro účely kvantitativního výzkumu jsem za cílovou populaci zvolila seniory a osoby se zdravotním postižením. Tuto cílovou skupinu jsem záměrně rozdělila na dvě podskupiny, které se lišily prostředím, ve kterém uživatelé pečovatelské služby žijí.

První podskupinu tvořili senioři a osoby se zdravotním postižením, kteří setrvali ve svých původních domácnostech. Druhou podskupinou byli také senioři a osoby se zdravotním postižením žijící v domech s pečovatelskou službou.

Jak jsem již popsala na začátku empirické části této magisterské práce, na Rakovnicku působí 4 pečovatelské služby. Vzhledem k tomu, že jejich personální kapacita se liší, disponují rozdílným počtem klientů. Pečovatelská služba Rakovník, Wintrovo náměstí 1903, pečovatelskou službu poskytuje 300 klientům. Stává se tak největším poskytovatelem pečovatelské služby na Rakovnicku. Okresní pečovatelská služba Nové Strašecí, o.p.s. napomáhá 260 klientům. Pečovatelská služba Jiří Brabec, s.r.o. disponuje 35 klienty a pečovatelská služba v obci Mutějovice zaopatřuje 10 klientů.³ Z uvedených údajů vyplývá, že na území bývalého okresu Rakovník je 605 uživatelů pečovatelské služby.

Jak jsem již zmínila výše, nebylo by reálné provést výzkumné šetření u všech klientů veškerých pečovatelských služeb na Rakovnicku. Pro účely kvantitativního výzkumu jsem z uvedeného počtu klientů pečovatelských služeb vytvořila dva vzorky, které reprezentují zmíněné dvě podskupiny respondentů.

Výběr ze dvou podskupin respondentů byl proveden na bázi *náhodného stratifikovaného výběru*. M. Disman uvádí, že v rámci náhodného stratifikovaného výběru je cílová populace rozdělena do skupin, které jsou uvnitř homogenní. Na základě předem stanoveného kritéria, jsou náhodně vybráni respondenti z těchto skupin. (6, s. 107) Jednotlivé homogenní skupiny se nazývají tzv. strata.

³ Registr poskytovatelů sociálních služeb, stav k 12. 7. 2008, dostupné z www.mpsv.cz

Pro účely kvantitativního výzkumu jsem tedy zvolila 2 typy skupin, u kterých jsem provedla náhodný výběr:

1. typ: *domácnost klienta*
2. typ: *dům s pečovatelskou službou*

Respondenty jsem rozdělila do podskupin, protože je zřejmé, že spokojenost klientů žijících v domácnostech a klientů v DPS bude odlišná.

Dotazované vzorky respondentů podrobněji popisuje příloha 7.

3.2.2.4. Metodologie

Jako metodu sběru dat jsem zvolila **metodu dotazování, techniku dotazníku**.

Důvodem, proč jsem zvolila dotazník, jako nástroj pro sběr kvantitativních dat z terénu, byly jeho výhody, které popisuje M. Disman ve své publikaci:

- ❖ získání informací od velkého počtu respondentů
- ❖ v poměrně krátké době
- ❖ s poměrně nízkými náklady
- ❖ anonymita je poměrně zachována
- ❖ „interviewer bias“ neboli haló efekt je minimální (6, s. 141)

Dotazník byl pro respondenta zcela anonymní, uvedena byla pouze organizace, která klientovi pečovatelskou službu poskytovala. Důvodem bylo porovnání spokojenosti klientů jednotlivých pečovatelských služeb na Rakovnicku.

Otázky jsem vytvořila na základě inspirace kvalitativním výzkumem a znalostí situace pečovatelských služeb na Rakovnicku. Z praxe pečovatelky jsou mi známy okolnosti, které ovlivňují spokojenost klientů, tudíž osobní zkušenost práce s uživateli pečovatelských služeb napomohla sestavení hypotéz a následně dotazníku. V dotazníku převažovala dichotomická škála odpovědí, tzn. odpověď na dvě možnosti (ano - spokojen/ne - nespokojen), z důvodu žádoucí jednoduchosti a srozumitelnosti pro populaci seniorů.

V souvislosti s výběrem vzorku byly vytvořeny dvě verze dotazníku, jejichž otázky byly přizpůsobeny dvěma podskupinám respondentů, tedy klientům pečovatelských služeb žijících ve svých domácnostech a klientům, kteří žijí v domech s pečovatelskou službou. Odlišnost otázek v dotazníku spočívala především ve spokojenosti s prostředím a respektováním soukromí klientů žijících v DPS. Dotazník pro klienty žijící v DPS zobrazuje příloha 5, dotazník pro klienty, kteří žijí ve svých domácnostech je uveden v příloze 6.

Jelikož cílovou skupinou pro kvantitativní výzkum byli senioři a osoby se zdravotním postižením, rozhodla jsem se pro vlastní distribuci rozhovorů, které se uskutečnily při osobním setkání s respondentem. Důvodem pro osobní setkání byla prevence zkreslení respondentových odpovědí. Kdyby dotazníkové šetření prováděla pečovatelka, jak bylo původně zamýšleno, výsledky výzkumu by nebyly validní. Mnozí klienti by otevřeně nesdělili své názory a postoje ke spokojenosti s pečovatelskou službou, jež jim službu poskytuje. Domnívám se, že výhodou pro výše zvolený systém distribuce a vyplňování dotazníků je okamžitá návratnost přímo mé osobě, jako výzkumníkovi, a věrohodnost získaných dat.

V první fázi dotazníkového šetření jsem provedla pilotáž dotazníků u prvních třech respondentů. Zjistila jsem, že otázka 7.9. „Jak jste spokojena s dostatkem informací od personálu pečovatelské služby?“ nebyla pro respondenty srozumitelná, tudíž jsem její znění přeformulovala na „Dostáváte od personálu pečovatelské služby dostatek informací?“. V následujících rozhovorech s respondenty nedošlo k situaci, kdy by někdo z respondentů otázkám a nabízeným odpovědím nerozuměl.

3.2.2.5. Proces zpracování kvantitativních dat

Dotazníkové šetření jsem prováděla osobně v domácím prostředí respondentů, tak v bytech domů s pečovatelskou službou. Celkem jsem získala 56 dotazníků, což činí 100 %. Osobně jsem provedla rozhovor s 54 klienty pečovatelských služeb, u nichž návratnost dotazníků byla absolutní. Pouze v jednom případě jsem byla nucena dotazování klientů přenechat pečovateli soukromé pečovatelské služby Jiří Brabec, s.r.o. v Rakovníku. Bylo mi sděleno, že klienti si nepřejí osobní setkání se mnou, tudíž dva dotazníky jsem přenechala pečovateli, která údajně dotazník s klienty vyplnila. Tyto dva dotazníky jsem nezařadila do analýzy kvantitativních dat, neboť pozbývám jejich důvěryhodnosti. Pouze jeden dotazovaný klient pečovatelské služby byl ve věku 7 let. Dotazník vyplněný jeho rodinou jsem taktéž nezařadila do analýzy kvantitativních dat, neboť by věkovou skupinu 7 let tvořil pouze jeden respondent, jehož odpovědi nejsou pro výzkum validní. Tudíž z celkového počtu 56 rozdaných dotazníků jsem pro analýzu použila 53 dotazníků, tedy celková návratnost činí 95 %.

Poté, co jsem měla sebrané všechny dotazníky, provedla jsem jejich třídění. Pro třídění dat jsem zvolila dvě kritéria:

A) prostředí, ve kterém klient žije

1. domácí prostředí
2. dům s pečovatelskou službou

B) typ organizace

1. příspěvková organizace, o.p.s.
2. s.r.o.

Třídění podle typu organizace, konkrétně podle kritéria B.2., na škodu věci nebylo možno provést. Jelikož soukromá pečovatelská služba disponuje malým počtem klientů, jehož vzorek byl pro výzkum zanedbatelný, rozhodla jsem se od tohoto třídění upustit. Mé rozhodnutí podnítila skutečnost, že dva dotazníky nebyly vyplněny klienty, ale pracovníky pečovatelské služby, jak již bylo zmíněno výše.

Další fáze zpracování dat se týkala kódování dotazníků. I přesto, že jsem použila dva typy dotazníků, vytvořený kódovací klíč byl shodný pro oba tyto typy. Následovalo zapisování dat do datové matice. Datovou matici jsem vytvořila v programu Microsoft Excel, kam jsem zapisovala data z obou typů dotazníků. Bylo ovšem rozlišeno, z jakého prostředí dotazníky pocházejí. Pro přehlednost analýzy dat jsem některé hodnoty překódovala (baterie spokojenosti a věk). Z datové matice jsem následně vytvořila kontingenční tabulky, taktéž v programu Microsoft Excel, které zobrazují vztahy mezi proměnnými. Tabulky testují především hypotézy II. řádu, které popisují vztah mezi dvěma proměnnými. Tyto hypotézy jsem testovala v tzv. dvourozměrné analýze, kterou jsem provedla u klientů DPS a v domácím prostředí zvlášť, neboť vliv jednotlivých nezávislých proměnných může být u obou podskupin odlišný.

3.2.2.6. Výsledky kvantitativního výzkumu

► Struktura spokojenosti klientů s pečovatelskými službami na Rakovnicku

Na počátku prezentace výsledků kvantitativního výzkumu popíši, jaká je situace spokojenosti uživatelů pečovatelských služeb na Rakovnicku. Představím strukturu spokojenosti klientů a ukážu, s čím jsou klienti nejvíce a nejméně spokojeni.

Příloha 5 zobrazuje dotazník, který je určený klientům žijícím v domech s pečovatelskou službou. Dotazník obsahuje kompletní baterii otázek zaměřenou na spokojenost klientů. Proměnné, které otázky obsahují, představují ukazatele průměrné spokojenosti klientů pečovatelských služeb na Rakovnicku, které prezentují kontingenční tabulky v následujících odstavcích (oblasti jsou seřazeny podle míry spokojenosti).

Tabulka 3: Spokojenost klientů žijících v DPS, absolutní a relativní četnosti.

Spokojenost klientů v DPS	Počet spokojených	%
dobu	18	56,3
čas	28	87,5
prostředí	29	90,6
kvalita	29	90,6
rozsah	30	93,8
komunikace	30	93,8
dostatek informací	30	93,8
respekt. soukromí	31	96,9
přístup pečovatelky	32	100

Zdroj: Spokojenost klientů pečovatelských služeb s poskytovanými službami na Rakovnicku 2008 [Habrcetlová 2008], N = 32.

Tabulka 4: Spokojenost klientů žijících v domácnostech, absolutní a relativní četnosti.

Spokojenost klientů DOMA	Počet spokojených	%
čas	18	85,7
dobu	18	85,7
kvalita	18	85,7
komunikace	19	90,5
rozsah	19	90,5
přístup pečovatelky	20	95,2
dostatek informací	21	100

Zdroj: Spokojenost klientů pečovatelských služeb s poskytovanými službami na Rakovnicku 2008 [Habrcetlová 2008], N = 21.

Abych zjistila struktury spokojenosti uživatelů pečovatelských služeb na Rakovnicku, vytvořila jsem pomocí kontingenčních tabulek průměry (uvedené v procentech) spokojenosti klientů žijících ve svých domácnostech a v domech s pečovatelskou službou (dále jen DPS).

Z provedené analýzy kvantitativních dat vyplynulo, že drtivá většina klientů je se službami pečovatelských služeb na území bývalého okresu Rakovník spokojena. Jestliže se podíváme na situaci spokojenosti klientů pečovatelských služeb na Rakovnicku z opačného pohledu, je zřejmé, že jistá nespokojenost se projevila u klientů žijících v DPS, a to s dobou, kdy jim může být pečovatelská služba poskytnuta. Z celkového počtu 32 (100 %) dotazovaných obyvatel DPS, bylo 18 (56,3 %) obyvatel s dobou spokojených, ostatní nikoli. Čili polovina obyvatel DPS je nespokojena s dobou, kdy jim může být pečovatelská služba poskytnuta. Již méně znatelný rozdíl vidíme u klientů pečovatelské služby, kteří žijí ve svých domácnostech. Z celkového počtu 21 (100 %) oslovených klientů v domácím

prostředí bylo 18 klientů (85,7 %) s dobou poskytování služeb spokojeno. Z toho vyplývá, že klienti žijící ve svých domácnostech jsou převážně spokojeni s dobou, kdy jim pečovatelská služba může být poskytována. Doba, jako prvek ovlivňující spokojenost klientů, bude dále podrobněji analyzována.

Nejnižší výskyt spokojenosti, zdůrazňuji, že se přesto jedná o převažující spokojenost, také náleží času, který pečovatelka či pečovatel klientovi věnují. Tabulka 3 ukazuje, že z celkového počtu 32 oslovených obyvatel DPS, což je 100 %, 28 obyvatel je s časem, který jim pečovatelka věnuje, spokojeno. S věnovaným časem je 87, 5 % obyvatel DPS spokojeno. Z tabulky 4 je patrné, že spokojenost klientů žijících doma je větší (85,7 %) než u klientů žijících v DPS.

Tabulka 5: Průměrná spokojenost všech klientů pečovatelských služeb na Rakovnicku, relativní četnosti.

Průměry spokojenosti	Celkový součet
doba	69 %
čas	87 %
kvalita	89 %
rozsah	93 %
komunikace	93 %
přístup pečovatelky	98 %
dostatek informací	96 %
prostředí	91 %
respekt	97 %
celkový průměr pozitivních odpovědí	90 %

Zdroj: Spokojenost klientů pečovatelských služeb s poskytovanými službami na Rakovnicku 2008 [Habrcetlová 2008], N = 53.

Tabulka 5 zobrazuje průměrné hodnoty dílčích dimenzí spokojenosti klientů pečovatelských služeb v obou typech prostředí. Vezmeme-li v úvahu, že maximální hodnota průměru spokojenosti klientů je 100 %, znatelná nespokojenost se projevila pouze s dobou, kdy může být pečovatelská služba poskytována, a to převážně u obyvatel DPS. Ostatní oblasti jsou hodnoceny jako dobré u nadpoloviční části klientů pečovatelských služeb na Rakovnicku. Na převažující celkovou spokojenost ukazuje i průměr celkového počtu pozitivních odpovědí v tabulce 5. Z toho vyplývá, že klienti pečovatelských služeb na Rakovnicku jsou s poskytovanými službami spokojeni.

Dále budu zjišťovat, jak se spokojenost liší v závislosti na kategoriích jednotlivých nezávislých znaků uvedených v pracovních hypotézách. K tomu nejprve vytvořím index celkové spokojenosti se službami.

► Součtový index celkové spokojenosti

Abych mohla odpovědět na výzkumnou otázku, vytvořila jsem z jednotlivých dílčích dimenzí spokojenosti, měřených pomocí baterie otázek, proměnnou zjišťující celkovou spokojenost klientů pečovatelských služeb. Základem vzorce součtového indexu spokojenosti jsou kladné odpovědi u každého respondenta (ano - spokojen). Původní odpovědi na baterii otázek zaměřené na spokojenost s poskytovanými službami, byly nejprve překódovány z hodnot 2/1 (ano/ne) na 0/1 (ne/ano). Podstatou vzorce je součet kladných odpovědí respondentů, tedy všech 1, kdy jejich počet představuje již zmíněný index. Hodnota indexu se liší u klientů z DPS a domácího prostředí, neboť baterie otázek spokojenosti obsahovala jejich odlišný počet. Součtový index lze zjistit pomocí kontingenční tabulky v programu Microsoft Excel.

Index spokojenosti lze zapsat pomocí následujícího vzorce:

$$I_{DPS} = \sum_{i=1}^9 ot_{7.i}$$

$$I_{DPS} = \sum_{i=1}^9 ot_{7.i} = ot_{7.1} + ot_{7.2} + ot_{7.3} + ot_{7.4} + ot_{7.5} + ot_{7.6} + ot_{7.7} + ot_{7.8} + ot_{7.9}$$

$$I_{DOMA} = \sum_{i=1}^7 ot_{7.i}$$

$$I_{DOMA} = \sum_{i=1}^7 ot_{7.i} = ot_{7.1} + ot_{7.2} + ot_{7.3} + ot_{7.4} + ot_{7.5} + ot_{7.6} + ot_{7.7}$$

I_{DOMA} označuje index spokojenosti klientů pečovatelských služeb na Rakovnicku žijících ve svých domácnostech, jehož hodnotu lze získat součtem kladných odpovědí (1 - spokojen) z baterie otázek 7.1. až 7.7.

I_{DPS} označuje také index spokojenosti klientů pečovatelských služeb na Rakovnicku žijících v DPS, jehož hodnotu lze získat součtem kladných odpovědí (1 - spokojen) z baterie otázek 7.1. až 7.9., které zobrazuje příloha 5.

Tabulka 6: Součtové indexy celkové spokojenosti uživatelů pečovatelských služeb na Rakovnicku, klienti DPS a v domácnosti, absolutní a relativní četnosti.

Součtový index spokojenosti	Index spokojenosti	Standardizovaný index spokojenosti (0 -100)	absolutní četnosti	%
DPS	5	56	1	3,1
	7	78	8	25
	8	89	11	34,4
	9	100	12	37,5
Celkem počet			(32)	100 %
Doma	4	57	2	9,5
	5	71	3	14,3
	6	86	2	9,5
	7	100	14	66,7
Celkem počet			(21)	100 %

Zdroj: Spokojenost klientů pečovatelských služeb s poskytovanými službami na Rakovnicku 2008 [Habrcetlová 2008], N = 53.

Nejnižší hodnota indexu spokojenosti u klientů žijících v DPS je 5 z maximální hodnoty 9. Jedná se pouze o 1 klienta z celkového počtu 32 (100 %), což je zcela zanedbatelný počet. Nejvyšší počet respondentů se vyznačuje dvěma nejvyššími hodnotami indexu spokojenosti 8 a 9 celkem 71,9 % z celkového počtu 32 (viz také graf 2 rozložení indexu spokojenosti v příloze 8). Celkově tedy u klientů DPS převažuje s poskytovanými službami spokojenost.

V případě klientů v domácím prostředí maximální možnou hodnotu indexu spokojenosti dosáhlo 14 respondentů (66,7 %). Jak již bylo výše vysvětleno, horní hranice indexu spokojenosti pro klienty v domácnosti je 7, neboť pro tento vzorek respondentů obsahoval dotazník o dvě otázky méně. U 2 klientů (9,5 %), je index spokojenosti 4. Představuje tak nižší spokojenost v porovnání s ostatními klienty, ale stále se jedná o převážnou spokojenost s poskytovanými službami. Index spokojenosti u 3 klientů (14,3 %) dosahuje hodnoty 5 a u 2 klientů (9,5 %) hodnoty 6. Jedná se tak o vysoké hodnoty spokojenosti. Je patrné, že absolutní většina klientů žijící v domácím prostředí je celkově velmi spokojena se službami (viz také graf 1 rozložení indexu spokojenosti v příloze 8).

Tabulka 7: Průměrná hodnota standardizovaného celkového indexu spokojenosti uživatelů pečovatelských služeb na Rakovnicku u klientů DPS a v domácím prostředí

Prostředí služby	Počet respondentů	Celkový index spokojenosti	Směrodatná odchylka
DPS	(32)	89,3	10,6
Domácnost	(21)	90,4	15,3

Zdroj: Spokojenost klientů pečovatelských služeb s poskytovanými službami na Rakovnicku 2008 [Habrcetlová 2008], N = 53. sig t-test > 0,05.

Vzhledem k tomu, že rozsah a hodnota indexu spokojenosti je u klientů DPS a v domácím prostředí odlišná, provedla jsem za účelem porovnání celkové spokojenosti mezi těmito dvěma podskupinami jejich standardizaci na škále 0-100, kde nejnižší hodnota je rovna 0 a nejvyšší 100, což odpovídá procentům (0-100 %). Tabulka 7 znázorňuje průměrnou hodnotu standardizovaného celkového indexu spokojenosti a jeho směrodatnou odchylku klientů pečovatelských služeb na Rakovnicku v obou podskupinách. Jeho hodnota na první pohled ukazuje, že klienti žijící ve svém domácím prostředí jsou nepatrně spokojenější než obyvatelé DPS (89,3 %), rozdíl je však pouze jednocentní (90,4 %). Je třeba si uvědomit, že porovnání hladiny spokojenosti mezi oběma typy klientů je ovlivněno nízkým počtem respondentů v případě klientů v domácnosti. Vyšší směrodatná odchylka u klientů v domácím prostředí ukazuje na větší rozdíly v hodnocení jednotlivých položek v této skupině klientů.

► Podmíněnost celkové spokojenosti: průměry celkového indexu spokojenosti podle nezávislých proměnných

Následující odstavce budou věnovány testování rozdílů indexu celkové spokojenosti podle kategorií jednotlivých nezávislých proměnných pomocí kontingenčních tabulek a korelačních koeficientů v programu Microsoft Excel.

Nejprve analyzuji, jakým způsobem ovlivňují celkovou spokojenost uživatelů nezávislé proměnné týkající se osobních charakteristik klientů (věk, pohlaví, zdravotní stav, délka čerpání pečovatelské služby, frekvence – jak často klient pečovatelskou službu využívá). Dále sleduji, zda se spokojenost liší mezi třemi druhy zařízení pečovatelských služeb podle místa zřizovatele (Nové Strašecí, Rakovník, Mutějovice), které se vyznačují odlišným rozsahem a kvalitou nabízených služeb.

Funkce korelace (CORREL), kterou jsem použila v programu Microsoft Excel, mi umožnila odhad lineární souvislosti uvažovaných nezávislých znaků, které jsou ordinální s celkovou spokojeností klientů, tedy zda mají jednotlivé nezávislé proměnné vliv na celkovou spokojenost klientů pečovatelských služeb na území bývalého okresu Rakovník.

Z provedené analýzy, tedy testování nezávislých proměnných s celkovou spokojeností klientů, vyplývá, že uvedené proměnné neovlivňují celkovou spokojenost uživatelů pečovatelské služby. Pomocí statistického programu SPSS byly pro doplnění provedeny T-testy, které ukazují, že se průměrné hodnoty celkové spokojenosti v podskupinách dle nezávislých znaků statisticky významně neliší.

Celkově se v analýze projevilo, že *frekvence*, tedy četnost poskytování pečovatelské služby, *délka* využívání služby, *dobu*, kdy může být klientům služba poskytnuta, *zařízení*, které klientovi službu poskytuje a *věk*, mají jistý vliv na celkovou spokojenost klientů s pečovatelskou službou na Rakovnicku. Uvedené vztahy mezi nezávislými proměnnými, které mají vliv na celkovou spokojenost klientů, představím v následujících odstavcích.

POHLAVÍ KLIENTŮ:

Tabulka 8: Celková spokojenost v závislosti na pohlaví klientů u klientů DPS a v domácím prostředí.

Prostředí služby	Pohlaví		Korelační koeficient
	Muž	Žena	
Domácnost	85,6	93,4	0,25
DPS	86,8	89,8	0,10
Počet respondentů	(13)	(40)	

Zdroj: Spokojenost klientů pečovatelských služeb s poskytovanými službami na Rakovnicku 2008 [Habrcetlová 2008], N = 53, sig t-test > 0,05.

Pro testované proměnné v tabulce 8 byla stanovena hypotéza H3: Muži jsou spokojenější než ženy. Hodnoty indexů celkové spokojenosti v kategorii mužů jsou vyšší než v kategorii žen. Muži žijící v domácím prostředí mají index celkové spokojenosti v průměru 85,6. Muži, obyvatelé DPS, mají hodnotu indexu 86,8. Ženy, které setrvávají v domácím prostředí, jsou celkově spokojeny na průměrné úrovni 93,4. Ty, které žijí v DPS, mají index celkové spokojenosti o 3,6 % nižší. Rozdíl ve spokojenosti mezi muži a ženami podle prostředí služby je zanedbatelný, ale v obou typech služby jsou vždy muži

nepatrně méně spokojení. Hypotéza o vlivu pohlaví na spokojenost, kdy muži jsou spokojenější, se tedy nepotvrdila.

VĚK KLIENTŮ:

Tabulka 9: Celková spokojenost v závislosti na věku klientů u klientů DPS a v domácím prostředí.

Prostředí služby	Věk			Korelační koeficient
	60 - 74 let	75 - 89 let	90 a výše	
Domácnost	91,4	88,7	100,0	0,08
DPS	91,2	88,5	-	-0,12
Počet respondentů	(15)	(36)	(2)	

Zdroj: Spokojenost klientů pečovatelských služeb s poskytovanými službami na Rakovnicku 2008 [Habrcetlová 2008], N = 53, sig t-test > 0,05.

Z provedené analýzy dat v tabulce 9 je zřejmé, že se indexy celkové spokojenosti klientů pečovatelských služeb na Rakovnicku z hlediska jejich věku blíží maximu. Nejnižší hodnota indexu celkové spokojenosti je u klientů v obou skupinách dle prostředí ve věku 75 – 89 let. Pro nezávislou proměnnou věku byla stanovena hypotéza H4: S rostoucím věkem se celková spokojenost snižuje. Záporná hodnota koeficientu korelace (-0,08, -0,12) tento pozitivní vztah mezi věkem a celkovou spokojeností klientů nepotvrzuje. Hypotéza o vlivu věku na spokojenost se nepotvrdila.

ZDRAVOTNÍ STAV KLIENTŮ:

Tabulka 10: Celková spokojenost v závislosti na zdravotním stavu u klientů DPS a v domácím prostředí.

Prostředí služby	Zdravotní stav				Korelační koeficient
	dobrý	relativně dobrý	špatný	vážný	
Domácnost	93,0	89,7	95,2	76,0	0,18
DPS	89,0	91,1	88,0	83,5	0,15
Počet respondentů	(5)	(23)	(20)	(5)	

Zdroj: Spokojenost klientů pečovatelských služeb s poskytovanými službami na Rakovnicku 2008 [Habrcetlová 2008], N = 53, sig t-test > 0,05.

Tabulka 10 testuje, zda zdravotní stav klienta ovlivňuje jeho celkovou spokojenost s poskytovanými službami. Z analýzy vyplývá, že zdravotní stav ovlivňuje celkovou spokojenost negativně u těch klientů, jenž svůj zdravotní stav považují za vážný a žijí ve svém domácím prostředí (76,0). Jedná se o nejnižší průměrnou hodnotu indexu celkové spokojenosti, nicméně stále můžeme hovořit o celkové spokojenosti. Pro testované proměnné byla stanovena hypotéza H5: Čím je klientův zdravotní stav závažnější, tím klesá jeho celková spokojenost. Tato hypotéza se jednoznačně nepotvrdila. Sice u klientů v domácím prostředí, jejichž zdravotní stav je vážný, klesá spokojenost, ale jedná se pouze o dva respondenty. Také u klientů, kteří žijí v DPS a jejich zdravotní stav je vážný, je patrná snížená hodnota indexu spokojenosti. Vztah mezi zdravotním stavem a spokojeností se v mém výzkumu ukázal jako velmi slabý.

DÉLKA VYUŽÍVÁNÍ PEČOVATELSKÉ SLUŽBY:

Tabulka 11: Celková spokojenost v závislosti na délce využívání pečovatelské služby u klientů DPS a v domácím prostředí.

Prostředí služby	Délka využívání PS			Korelační koeficient
	0 - 1 rok	1 - 5 let	5 - 10 let	
Domácnost	94,6	83,8	94,4	0,06
DPS	100,0	91,5	87,2	0,27
Počet respondentů	(23)	(21)	(9)	

Zdroj: Spokojenost klientů pečovatelských služeb s poskytovanými službami na Rakovnicku 2008 [Habrcetlová 2008], N = 53, sig t-test > 0,05.

Z tabulky 11 vyplývá, že délka využívání pečovatelské služby v případě klientů v domácím prostředí nemá vliv na jejich celkovou spokojenost. Pouze u klientů žijících v DPS, kteří čerpají pečovatelskou službu po dobu 1 roku až 5 let, se projevila nepatrně snížená spokojenost. Jelikož hodnota koeficientu korelace se blíží k 0, proměnné jsou nezávislé a nemají vliv na celkovou spokojenost klientů. Vyšší hodnota korelačního koeficientu je však zřejmá u obyvatel DPS, kde mohu konstatovat, že mezi proměnnými je nepatrná přímá závislost, tedy hypotéza H2: Celková spokojenost roste s délkou využívání pečovatelské služby se potvrdila pouze pro obyvatele DPS na Rakovnicku.

FREKVENCE VYUŽÍVÁNÍ PEČOVATELSKÉ SLUŽBY:

Tabulka 12: Celková spokojenost v závislosti na frekvenci využívání pečovatelské služby u klientů DPS a v domácím prostředí.

Prostředí služby	Frekvence využívání PS			Korelační koeficient
	denně	několikrát za týden	několikrát za měsíc	
Domácnost	86,6	98,0	-	-0,36
DPS	91,9	89,0	82,4	0,30
Počet respondentů	(5)	(19)	(29)	

Zdroj: Spokojenost klientů pečovatelských služeb s poskytovanými službami na Rakovnicku 2008 [Habrcetlová 2008], N = 53, sig t-test > 0,05.

Z tabulky 12 je patrná mírná nespokojenost u klientů žijících v domácím prostředí, neboť index jejich celkové spokojenosti dosahuje hodnoty 86,6. Záporná hodnota korelačního koeficientu u dotazovaných klientů v domácnosti ukazuje nepřímou závislost mezi spokojeností a frekvencí využívání služeb. Znamená to, že čím častěji pečovatelskou službu klienti v domácím prostředí využívají, tím méně jsou se službou spokojeni. V případě obyvatel DPS je tomu ale naopak, jak naznačuje kladná hodnota korelačního koeficientu. Z toho vyplývá, že čím častěji obyvatelé DPS pečovatelskou službu využívají, tím více jsou s ní spokojeni. Analýza tak ukázala, že hypotéza, kterou jsem stanovila na počátku kvantitativního výzkumu (H1: Čím častěji klient pečovatelskou službu využívá, je celkově spokojen) je zřejmě platná pouze pro klienty žijící v DPS. Ukazuje se, že pro klienty v domácí péči je vztah spíše opačný, když rozdíly v průměrné hodnotě indexu spokojenosti jsou totiž velmi malé. Na základě vlastní zkušenosti se domnívám, že možným důvodem pro zjištěný stav může být souvislost se zdravotním stavem klienta a jeho nároků na kvalitu poskytovaných služeb. Klienti, kteří využívají pečovatelskou službu častěji a jejich zdravotní stav je relativně dobrý, mají většinou vyšší nároky na kvalitu služby. Klienti v domácím prostředí s horším zdravotním stavem nemají tak vysoké nároky na kvalitu provedených úkonů a většinou ocení jakoukoli pomoc v jejich nepříznivé situaci. Z provedeného výzkumu je patrné, že většina dotazovaných hodnotí svůj zdravotní stav jako relativně dobrý (viz příloha 7). Tudíž zjištěné výsledky odpovídají mým poznatkům z praxe.

Dosavadní prezentace výsledků se týkala celkové spokojenosti uživatelů v závislosti na jejich osobních charakteristikách (věk, pohlaví, zdravotní stav, délka čerpání pečovatelské služby, frekvence – jak často klient pečovatelskou službu využívá).

V následujících odstavcích se věnuji druhému okruhu vlivů, jenž ovlivňuje celkovou spokojenost uživatelů a souvisí s nabídkou služeb a lokalitou, kde je služba poskytována. Pro tento zkoumaný jev celkové spokojenosti jsem stanovila hypotézu H6: Celková spokojenost se liší mezi třemi druhy zařízení pečovatelských služeb podle místa zřizovatele (Nové Strašecí, Rakovník, Mutějovice), které se vyznačují odlišným rozsahem poskytovaných služeb a u nichž předpokládám i různou kvalitu nabízených služeb, kterou testuje následující tabulka 13.

TYP ZAŘÍZENÍ:

Tabulka 13: Celková spokojenost v závislosti na typu zařízení pečovatelské služby u klientů DPS a v domácím prostředí.

Prostředí služby	Druh zařízení		
	Rakovník	Nové Strašecí	Mutějovice
Domácnost	92,8	76,0	-
DPS	82,1	91,4	92,7
Počet respondentů	N=(26)	N=(21)	N=(6)

Zdroj: Spokojenost klientů pečovatelských služeb s poskytovanými službami na Rakovnicku 2008 [Habrcetlová 2008], N = 53, sig t-test > 0,05.

Do analýzy kvantitativních dat z hlediska typu zařízení byly zahrnuty 3 organizace z celkového počtu 4, které pečovatelskou službu na Rakovnicku poskytují. Důvody pro toto rozhodnutí byly vysvětleny v kapitole 3.2.2.5.

Tabulka 13 ukazuje, že celkové indexy všech klientů bez rozdílu prostředí, ve kterém žijí, mají vysokou hodnotu, z čehož pramení, že celková spokojenost převládá ve všech zařízeních. Jestliže se podíváme na klienty žijící ve své domácnosti, kteří služby čerpají od Pečovatelské služby Nové Strašecí, o.p.s., vidíme nižší index celkové spokojenosti (76,0). Taktéž klienti Pečovatelské služby Rakovník, Wintrovo nám. 1903, žijící v DPS, dosahují nižší hodnoty celkové spokojenosti (82,1). Rozdílné úrovně celkové spokojenosti naznačují, že všechny pečovatelské služby na Rakovnicku zřejmě neposkytují služby ve stejné kvalitě, záleží do určité míry na organizaci, od které klient služby čerpá. V případě DPS, nejspokojenější se zdají být klienti v Mutějovicích a v Novém Strašecí, nejméně spokojeni v Rakovníku. Z hlediska klientů v domácím prostředí zaznamenala nejvyšší hodnotu spokojenosti pečovatelská služba v Rakovníku. Hypotézou H6 tedy mohu potvrdit. Je však třeba upozornit na to, že nijak významně se zařízení neodlišují, i na fakt,

že spokojenost byla měřena pomocí zvoleného nástroje, který nemusí plně pokrývat problematiku spokojenosti v dané organizaci a při použití jiných položek, případně jiné metody, by výsledky mohly být odlišné.

► **Nedostatky v poskytování pečovatelské služby:**

V následujících odstavcích se budu věnovat druhé výzkumné podotázce: „Kde jsou uživatelé pečovatelské služby pociťovány nedostatky v poskytování služeb?“ Jak ukázala analýza struktury spokojenosti klientů v jednotlivých dimenzích v úvodu části pojednávající o výsledcích kvantitativního výzkumu, nejmenší spokojenost je v případě doby, kdy může být klientovi pečovatelská služba poskytována. V největším zastoupení byla zaznamenána u klientů DPS (viz tabulka 3 a 4).

DOBA, KDY MŮŽE BÝT PEČOVATELSKÁ SLUŽBA POSKYTOVÁNA:

Tabulka 14: Spokojenost klientů s dobou, kdy jim může být pečovatelská služba poskytnuta, absolutní a relativní četnosti.

Prostředí služby	Spokojenost s dobou		
	ano	ne	celkem
Domácnost	(18) 86 %	(3) 14 %	(22) 100 %
DPS	(18) 56 %	(14) 44 %	(32) 100 %
Celkem	(37) 68 %	(17) 31 %	(54) 100 %

Zdroj: Spokojenost klientů pečovatelských služeb s poskytovanými službami na Rakovnicku 2008 [Habrcetlová 2008], N = 53, sig t-test > 0,05.

Tabulka 15: Důvody nespokojenosti klientů pečovatelských služeb na Rakovnicku, absolutní a relativní četnosti.

Důvody nespokojenosti	Prostředí služby		Celkem
	Doma	DPS	
Chybí večerní a noční služba	(1) 25 %	(11) 47,4 %	(12) 44 %
Nedobrá strava	(2) 50 %	(4) 17,5 %	(6) 22 %
Prostředí DPS	(0) 0 %	(4) 17,5 %	(4) 15 %
Absence lékaře v DPS	(0) 0 %	(2) 8,8 %	(2) 7,5 %
Špatná komunikace personálu	(1) 25 %	(1) 4,4 %	(2) 7,5 %
Drahé služby	(0) 0 %	(1) 4,4 %	(1) 4 %
Celkem	N = (4) 100 %	N = (23) 100 %	N = (27)* 100%

Zdroj: Spokojenost klientů pečovatelských služeb s poskytovanými službami na Rakovnicku 2008 [Habrcetlová 2008], N=53, sig t-test > 0,05.

Poznámka: * celkový součet odpovědí není 53, neboť všichni respondenti neuvedli důvod jejich nespokojenosti.

Z tabulky 14 je patrné, že většina klientů pečovatelské služby je s dobou, kdy jim může být služba poskytnuta, spokojena. Nicméně 14 klientů (44 %) žijících v DPS uvedlo, že jim doba poskytnutí služby nevyhovuje. Tabulka 15 pak znázorňuje odpovědi dotazovaných klientů na otevřené otázky, s čím jsou u své pečovatelské služby nespokojeni. I přesto, že v tabulce 15 jsou nízké četnosti odpovědí respondentů, opět se ukazuje problematičnost doby, kdy může být služba poskytnuta. 11 klientů (92 %) žijících v DPS z 12 uvedlo, že jim doba poskytování služby nevyhovuje. Rovněž většina klientů, kteří žijí v DPS, uvedla stejný problém. Tato skutečnost je celorepublikově diskutována, neboť se jedná o velký nedostatek u pečovatelských služeb, který se podílí na nekvalitě poskytovaných služeb. Ukazuje se tedy, že chybí celodenní péče, kterou většina pečovatelských služeb na Rakovnicku neposkytuje. O tomto problému pojednávám podrobněji v kapitole věnované diskusi.

Na otevřené otázky (sloučeny byly výpovědi za dvě otázky, tudíž součet překračuje 53) odpovědělo 23 klientů z DPS, což představuje 72 % z možných 32 odpovědí⁴ a 4 klienti z domácího prostředí, což představuje 19 % z možných 21 odpovědí⁵. Nejčastěji uváděný nedostatek je již zmíněná *doba poskytování služby*, kterou uvedlo 11 klientů (47,4 %) z celkového počtu 23 (100 %) z DPS a 1 uživatel (25 %) ze 4 (100 %)

⁴ Celkový počet dotazovaných z DPS byl 32

⁵ Celkový počet dotazovaných z domácího prostředí byl 21

dotazovaných žijící v domácím prostředí. *Nedobrá strava*, kterou zmínili 2 klienti (50 %) z domácího prostředí a 4 uživatelé (17,5 %) z DPS, byla druhým analyzovaným nedostatkem. Nevyhovující *prostředí domu s pečovatelskou službou* pocíťovali 4 klienti (17,5 %) žijící v DPS.

3.2.2.7. Hlavní zjištění dotazníkového šetření spokojenosti klientů pečovatelských služeb

Popis celkové spokojenosti:

Většina klientů pečovatelských služeb na Rakovnicku je s poskytovanými službami spokojena. Jistá nespokojenost se projevila u klientů žijících v domech s pečovatelskou službou, a to s dobou, kdy jim může být pečovatelská služba poskytnuta. Nejnižší výskyt spokojenosti, zdůrazňuji, že se přesto jedná o převažující spokojenost, náleží času, který pečovatelka či pečovatel klientovi věnují. Klienti žijící ve svém domácím prostředí jsou, mimo výše uvedené, méně spokojeni s kvalitou provedených služeb.

Zhodnocení hypotéz o podmíněnosti celkové spokojenosti:

Abych zjistila, čím je spokojenost podmíněna, položila jsem si pracovní hypotézy, které byly rozděleny na vliv osobní charakteristiky klienta, nabídku služeb a lokalitu, kde je služba poskytována. Celkově ani jednu z hypotéz nelze statisticky prokázat (provedené t-testy průměrů spokojenosti ukazují, že neexistuje rozdíl mezi zkoumanými proměnnými). Jelikož nebyla oslovena celá populace uživatelů a jejich vzorek nebyl početný (53 klientů), nepodařilo se plně odhalit, s čím jsou klienti nespokojeni. Spokojenost byla měřena pomocí nástroje dotazníku, který nemusí plně reagovat na problematiku spokojenosti uživatelů pečovatelských služeb a při použití jiných metod, by výsledky mohly být odlišné. Možným důvodem pro převažující kladné odpovědi respondentů mohla být neochota či obava vyjádřit nespokojenost s poskytovanými službami.

K věcnému posouzení platnosti hypotéz může posloužit jako pomocné kritérium porovnání hodnot korelačních koeficientů, tedy síla souvislosti jednotlivých proměnných a obecné míry spokojenosti. Pro určení závislosti mezi proměnnými jsem si zvolila hladinu korelace 0,2 (mírná závislost zkoumaných proměnných). Uvedené hypotézy jsem ověřovala zvlášť u podskupin klientů DPS a klientů v domácím prostředí, protože jsem předpokládala odlišné výsledky.

Nejvyšší míra korelace spokojenosti je s frekvencí využívání služeb, ovšem pouze u klientů v domácím prostředí, zatímco u DPS je vztah opačný. Hypotézu pozitivního vlivu

četnosti čerpání služby přijmout tedy nelze. Naopak v případě délky využívání služby je u DPS vztah pozitivní, ale u klientů v domácím prostředí není žádný. Rozdíl ve spokojenosti mezi muži a ženami podle prostředí služby je zanedbatelný, ale v obou typech služby jsou vždy muži nepatrně méně spokojeni. Hypotéza o vlivu pohlaví na spokojenost, kdy muži jsou spokojenější, se tedy nepotvrdila. Pro nezávislou proměnnou věku jsem stanovila hypotézu H4: S rostoucím věkem se celková spokojenost snižuje. Záporná hodnota koeficientu korelace tento pozitivní vztah mezi věkem a celkovou spokojeností klientů nepotvrdila. Hypotéza o vlivu věku na spokojenost se tedy také nepotvrdila. Pro proměnnou zdravotního stavu byla stanovena hypotéza H5: Čím je klientův zdravotní stav závažnější, tím klesá jeho celková spokojenost. Tato hypotéza se jednoznačně nepotvrdila. Zdravotní stav negativně ovlivňuje celkovou spokojenost u těch klientů, jež svůj zdravotní stav považují za vážný a žijí ve svém domácím prostředí. Taktéž klienti v DPS s vážným zdravotním stavem, jsou celkově méně spokojeni. Vztah mezi zdravotním stavem a spokojeností se ukázal jako velmi slabý. Poslední pracovní hypotéza předpokládala, že celková spokojenost se liší mezi třemi druhy zařízení pečovatelských služeb podle místa zřizovatele (Nové Strašecí, Rakovník, Mutějovice), které se vyznačují odlišným rozsahem poskytovaných služeb i různou kvalitou jejich nabídky. Ve všech zařízeních převládá celková spokojenost klientů. Ti, kteří žijí ve svých domácnostech a služby čerpají od Pečovatelské služby Nové Strašecí, o.p.s., jsou méně spokojeni než ostatní uživatelé, kteří službu využívají od jiných poskytovatelů. Taktéž klienti Pečovatelské služby Rakovník, Wintrovo nám. 1903. Rozdílné úrovně celkové spokojenosti naznačují, že všechny pečovatelské služby na Rakovnicku zřejmě neposkytují služby ve stejné kvalitě. Do určité míry záleží na organizaci, od které klient služby čerpá. Hypotézou H6 tedy mohu do určité míry potvrdit.

Díky převažující celkové spokojenosti u klientů jak v DPS, tak v domácím prostředí, tedy nelze jednoznačně žádnou dílčí hypotézu přijmout. Rozdíly jsou spíše nepatrné. Proto odpovědět na otázku, co ovlivňuje spokojenost klientů pečovatelských služeb s poskytovanými službami na území bývalého okresu Rakovník, jednoznačně nelze. Nicméně klienti uvádějí tři hlavní oblasti, kde pocítují nedostatky v poskytování služeb.

Nedostatky v poskytování pečovatelské služby:

Nejčastějším problémem je doba, kdy může být uživatelům pečovatelská služba poskytována. Především je to absence večerní a noční služby pečovatelských služeb. Nedobrá strava a prostředí domu s pečovatelskou službou byly analyzovány jako další nedostatky pečovatelských služeb na Rakovnicku.

3.3. Dostupnost pečovatelských služeb na Rakovnicku

Dílčím cílem magisterské práce bylo zmapování dostupnosti pečovatelských služeb na území bývalého okresu Rakovník. Jednalo se o přidanou hodnotu projektu magisterské práce. Jak již bylo v úvodu empirické části zmíněno, okres Rakovník disponuje 83 obcemi, z nichž statut města náleží 3 obcím z celkového počtu a 6 obcím byl přidělen status městyse. V rámci kvalitativního výzkumu jsem vedla strukturované rozhovory s otevřenými otázkami, z nichž jedna se týkala dostupnosti pečovatelských služeb na Rakovnicku. Dotazovala jsem se poskytovatelů 4 pečovatelských služeb, především vedoucích organizací, kde všude na území Rakovnicka své služby poskytují. Na základě zjištěných informací jsem došla k následujícím závěrům:

Pečovatelská služba Rakovník, Wintrovo nám. 1903, poskytuje úkony pečovatelské služby v následujících obcích okresu Rakovník:

- Pavlíkov
- Skřiván
- Rakovník
- Tytry

Okresní pečovatelská služba Nové Strašecí, o.p.s., své služby provádí v těchto obcích okresu Rakovník:

- Čistá
- Nové Strašecí
- Jesenice
- Roztoky
- Kněževes
- Rynholec
- Křivoklát
- Řevničov
- Lány
- Třtice
- Mšec

Pečovatelská služba Jiří Brabec, s.r.o., své služby realizuje v obcích Rakovnicka:

- Chrást'any
- Pustověty
- Krakov
- Rakovník
- Krakovec
- Svojetín
- Pavlíkov
- Šanov
- Příčina
- Veclov

Pečovatelská služba obce Mutějovice poskytuje své služby v těchto obcích:

- Lhota pod Džbánem

Předchozí odstavce této kapitoly popisují aktuální působnost jednotlivých pečovatelských služeb na Rakovnicku.⁶

I přesto, že 2 pečovatelské služby (Okresní pečovatelská služba Nové Strašecí, o.p.s. a Pečovatelská služba Jiří Brabec, s.r.o.), podle údajů registrace poskytovatelů sociálních služeb (60), nabízejí své služby na území celého okresu Rakovník, skutečnost poskytování služeb registraci neodpovídá.

Na území bývalého okresu Rakovník se nachází 83 obcí, jak již bylo zmíněno výše. Pečovatelské služby na Rakovnicku své služby poskytují ve 26 obcích na území celého okresu Rakovník. Je zřejmé, že ani polovina obcí není saturována pečovatelskou službou.

Na základě rozhovorů s vedoucími pracovníky pečovatelských služeb jsem zjistila, že ne všechny obce na okrese mají o pečovatelskou službu zájem. Města, která pečovatelskou službu zřizují (Rakovník, Nové Strašecí, Mutějovice), nemají s dostatkem klientů problém. Ovšem obce, kterým pečovatelské služby svou nabídku úkonů nabízejí, požadují finanční spoluúčast na náklady, jež při poskytování pečovatelské služby vznikají (provozní, mzdové). Jelikož mnoho obcí na okrese je od pečovatelské služby příliš vzdálených, provozní náklady jsou tak pro ně vysoké. Jedná se o důvod, proč obce neuzavírají dohodu o poskytování pečovatelské služby. Jestliže má o pečovatelskou službu zájem pouze jeden člověk a obec je od poskytovatele příliš vzdálena, služba je pro organizaci nerentabilní a nevyplatí se ji v obci poskytovat.

Pečovatelská služba Rakovník, Wintrovo nám. 1903, poskytuje své služby ve městě Rakovník a dalších 3 obcích, viz výše. Aby mohla organizace službu poskytovat i v dalších obcích okresu, musela by navýšit počet pracovníků přímé péče a k tomu potřebné prostředky (automobily). Jak uvedla ředitelka rakovnické pečovatelské služby, z hlediska finanční stránky realizace této myšlenky není možná, neboť město Rakovník (zřizovatel) poskytuje omezenou finanční částku na provoz organizace. (40)

Na Rakovnicku působí soukromá pečovatelská služba Jiří Brabec, s.r.o., která si dává za úkol vyplnit mezeru na trhu pečovatelských služeb na Rakovnicku. V současné době poskytuje služby v 10 obcích okresu Rakovník, viz výše. Z rozhovoru s ředitelem Pečovatelské služby Jiří Brabec, s.r.o. vyplývá, že možným důvodem poskytování služby pouze v 10 obcích, je její krátkodobá existence a nedostatečné PR aktivity na okrese Rakovník. Domnívám se, že postupem času tato soukromá pečovatelská služba vyplní mezeru v dostupnosti pečovatelských služeb na celém okrese Rakovník. Příloha 10 zobrazuje aktuální dostupnost pečovatelských služeb na Rakovnicku. Jedná se o obce, v nichž v současné době organizace pečovatelskou službu poskytují.

⁶ Stav k 1. 5. 2008

3.4. Diskuse dosažených výsledků

Výzkum, který byl proveden v rámci této magisterské práce, se zabýval kvalitou pečovatelských služeb na Rakovnicku. Realizace výzkumu proběhla ve čtyřech pečovatelských službách na v tomto regionu, ve Středočeském kraji. Vzorek populace tvořili zřizovatelé, poskytovatelé a uživatelé pečovatelských služeb. Výzkum si kladl za cíl zmapování a analýzu pečovatelských služeb se zaměřením na kvalitu poskytovaných služeb. Stanoveného cíle bylo dosaženo pomocí kvalitativního a kvantitativního výzkumu. Za pomoci kvalitativního výzkumu jsem našla indikátory kvality pečovatelských služeb, jejichž prezentaci zobrazuje kapitola 3.2.1.6. Analýza kvalitativních dat prokázala, že prioritním indikátorem kvality pečovatelských služeb na Rakovnicku je spokojenost jejich uživatelů. Kvantitativním výzkumem jsem zpětně ověřila, co ovlivňuje celkovou spokojenost klientů s poskytovanými službami a kde jsou uživateli pečovatelské služby pocítovány nedostatky v poskytování služeb. Výsledky, kterých bylo pomocí uvedených výzkumů dosaženo, lze použít na populaci uživatelů pečovatelských služeb na Rakovnicku.

Jednotlivé indikátory kvality jsou popsány a diskutovány v kapitole 3.2.1.5. Nicméně upozorňuji na prioritní ukazatel kvality pečovatelských služeb na Rakovnicku, kterým je spokojenost uživatelů. Kvantitativní výzkum ukázal, že uživatelé pečovatelské služby, kteří žijí ve svém domácím prostředí, jsou spokojenější než klienti žijící v domech s pečovatelskou službou. Zjištěná skutečnost by mohla potvrzovat poslání pečovatelské služby o setrvání klientů co nejdéle v jejich přirozeném prostředí. Člověk, kterému je umožněno zůstat doma, i přes jeho nepříznivý zdravotní stav, je logicky spokojenější, neboť nemusí opouštět své přirozené prostředí.

Analýza kvantitativních dat ovšem ukázala, že nižší spokojenost klienti pocítují především s dobou, kdy jim může být pečovatelská služba poskytována. Tuto sníženou spokojenost projeví převážně klienti, kteří žijí v domech s pečovatelskou službou a jejich zdravotní stav není dobrý. Jedná se o nedostatek, který snižuje kvalitu pečovatelských služeb, kdy služba není zabezpečena po celý den. I přesto, že většina pečovatelských služeb na Rakovnicku celodenní péči neposkytuje, považuje ji za důležitý indikátor kvality. Jedná se tedy o diskutovaný problém pečovatelských služeb na území celé České republiky, kde pouze minimum pečovatelských služeb celodenní péči poskytuje. J. Veselá uvádí, že „časová dostupnost sociálních služeb neodpovídá potřebám seniorů, především osamělých, tak, aby tito mohli zůstat co nejdéle ve své domácnosti bez újmy na bezpečí a důstojnosti.“ (69, s. 5) S autorkou mohu souhlasit z hlediska pečovatelských služeb na

okrese Rakovník, neboť provedený kvantitativní výzkum potvrdil, že časová dostupnost pečovatelských služeb na Rakovnicku je nedostatečná. Problematicke celodenní péče bude pozornost věnována v následující kapitole 3.5. Na okrese Rakovník působí soukromá pečovatelská služba Jiří Brabec, s.r.o., která celodenní péči nabízí. Jelikož své služby u klientů realizuje krátce, není možné říci, v jaké kvalitě.

Původním záměrem kvantitativního výzkumu bylo, mimo jiné, porovnat, jak se liší kvalita poskytovaných služeb soukromou pečovatelskou službou a státní organizací. Jelikož soukromá pečovatelská služba Jiří Brabec, s.r.o., působí na Rakovnicku velice krátce, nemělo význam tuto informaci zjišťovat. Výzkum, který by porovnával kvalitu jednotlivých pečovatelských služeb na Rakovnicku podle typu zařízení, by byl vhodný provést nejdříve za rok, kdy bude možné oslovit více klientů soukromé organizace a doptat se tak na její kvalitu. Domnívám se, že by bylo vhodné tento výzkum provést, neboť v České republice není mnoho soukromých poskytovatelů pečovatelské služby. Není totiž vyloučeno, že se kvalita poskytovaných služeb bude lišit.

Na okrese Rakovník neposkytují pečovatelské služby své služby ve stejné kvalitě. Z kvantitativního výzkumu je patrné, že nižší spokojenost s poskytovanými službami se projevila u klientů, jež služby čerpají od Pečovatelské služby Rakovník, Wintrovo nám. 1903 a Okresní pečovatelské služby Nové Strašecí, o.p.s. Tudíž kvalita jednotlivých poskytovatelů pečovatelských služeb se liší. Námětem na samostatný výzkum, podle mého názoru, by bylo zjistit, jaké jsou rozdíly v poskytovaných službách jednotlivých organizací a kde se tyto rozdíly projevují. Vzhledem k omezenému rozsahu a stanovenému cíli magisterské práce, již nebylo možné tyto informace zjistit.

Přidanou hodnotu této magisterské práce byla analýza dostupnosti pečovatelských služeb na Rakovnicku. Jejím cílem bylo zmapovat, v kterých obcích bývalého okresu Rakovník je pečovatelská služba poskytována a v kterých nikoli. Podle přílohy 10, zobrazující dostupnost pečovatelských služeb na Rakovnicku, je patrné, že velká část území okresu není saturována pečovatelskou službou. Celková výměra okresu Rakovník je 9 302 ha (100 %). Výměra území, kde je pečovatelská služba poskytována, je 2 732 ha (29 %). Z toho vyplývá, že na 6 570 ha (71 %) plochy se pečovatelská služba neposkytuje. Možné důvody, proč tato situace na okrese Rakovník přetrvává, jsou vysvětleny v kapitole 3.3. Dostupnost pečovatelské služby na Rakovnicku.

Obecná hypotéza, „Pečovatelská služba není na Rakovnicku zajištěna v dostatečné kvantitě a kvalitě“, se z hlediska kvantity potvrdila. Hlavním indikátorem kvality pečovatelských služeb na Rakovnicku se stala spokojenost uživatelů. V rámci kvantitativního výzkumu se prokázalo, že převažuje celková spokojenost klientů

pečovatelských služeb s poskytovanými službami, tudíž můžeme konstatovat, že kvalita pečovatelských služeb je na dobré úrovni. Obecná hypotéza z hlediska kvality pečovatelských služeb na Rakovnicku nebyla potvrzena. Nicméně O. Matoušek uvádí, že „spokojenost klientů jako jediné kritérium hodnocení kvality může zavádět.“ (43, s. 154) Klient pečovatelské služby může být na poskytovateli natolik závislý, že si nedovolí vznést jakékoli připomínky a námítky, a tak předstírá spokojenost s poskytovanými službami. Možným důvodem pro klientovo jednání může být obava, že po sdělení kritiky bude k němu přistupováno negativně. (43, s. 154) Domnívám se, že hodnocení kvality pouze z hlediska spokojenosti klientů je nedostatečné, proto pro potvrzení hypotézy z hlediska kvality by bylo do budoucna vhodné použít dalších kritérií hodnocení.

V rámci výzkumu jsem zkoumala kvalitu pečovatelských služeb z pohledu poskytovatelů, zřizovatelů a uživatelů, tedy těch, kterých se služba nejvíce týká. Kvantitativní výzkum prokázal, že převážná většina klientů pečovatelských služeb na Rakovnicku je s poskytovanými službami spokojena. Jelikož na Rakovnicku působí malé množství pečovatelských služeb, uživatelé nemají možnost srovnání s jinou organizací a jejich výběr je velice omezený. Posuzují pouze jednu sociální službu z omezeného pohledu, tudíž neví, jak by měla kvalita pečovatelské služby vypadat. Aspektem, který celkovou spokojenost uživatelů podporuje, je nenáročnost starých lidí. V České republice neexistuje systém komplexní domácí péče. Na základě dostupné literatury soudím, že by měla být pečovatelská služba více propojena s resortem zdravotnictví a dalšími návaznými službami (např. agentury domácí péče, tísňová péče, půjčovna kompenzačních pomůcek, doprava pro seniory apod.). Problém, který stále v oblasti pečovatelských služeb přetrvává, je pojetí služby jako omezeného sortimentu úkonů, který je zaměřen především na rozvoz obědů, donášku nákupů, úklidů a praní prádla. Zřizovatelé a poskytovatelé neuvažují o pečovatelské službě jako o komplexu služeb, který spolupracuje se zdravotnickým sektorem a jinými návaznými službami. Možnosti sociálních služeb jsou mnohem větší než současná situace pečovatelských služeb nabízí, ovšem klienti o nich nemají dostatek informací, tudíž jsou s jejich nabídkou spokojeni.

V závěru této kapitoly konstatuji, že by bylo vhodné provést další výzkumy v oblasti kvality pečovatelských služeb na Rakovnicku, které by byly úzce zaměřeny na konkrétní oblasti kvality pečovatelských služeb. Z výzkumného hlediska nebyla kvalita pečovatelských služeb na Rakovnicku doposud věnována pozornost. Domnívám se, že výsledky možných výzkumů by napomohly zlepšit kvalitu pečovatelských služeb na Rakovnicku a navázat spolupráci mezi jednotlivými poskytovateli na území bývalého okresu Rakovník.

3.5. Návrh doporučení na změnu v oblasti řízení kvality pečovatelských služeb na Rakovnicku

Podle provedeného kvantitativního výzkumu pečovatelské služby na okrese Rakovník poskytují služby na dobré úrovni a kvalita jejich služeb je relativně dobrá. Nicméně výzkum odhalil jisté nedostatky v poskytování služeb, které je žádoucí eliminovat či zcela odstranit. Aby kvalita těchto služeb byla na vyšší úrovni a její uživatelé s ní byli spokojeni, je třeba jistých změn či opatření, které jsou ke zlepšení kvality a úrovně poskytovaných služeb nezbytné.

Změna, neboli inovace, je podle amerického myslitele R. Pascale transformace něčeho, kdy dochází k postupnému zlepšování. Hovoří o kvalitativní změně. Změna vytváří jistou příležitost pro vznik něčeho nového a odlišného. (4, s. 29) P. F. Drucker uvádí, že existuje sedm zdrojů, které vytvářejí příležitost ke změně. Jsou to *neočekávané události* (např. úspěch či neúspěch, který v organizaci nebyl očekáván), *rozporuplnost* mezi skutečností a předpokládaným stavem, *změna, která byla vyvolána na základě její potřeby*, *změna struktury oboru* (např. změna v oblasti sociálních služeb). Tyto čtyři příležitosti, které umožňují změnu, se většinou odehrávají uvnitř organizace. Následující příležitosti pro změnu se dějí mimo organizaci. Jedná se o *demografické činitele* (změny v populaci), *nové vědecké i nevědecké poznatky*. (7, s. 46) Konkrétní proces, jak změny v organizaci probíhají, popisuje ve své odborné publikaci J. P. Kottler. (34)

Klíčová role v prosazování změn v organizaci náleží managementu, tedy těm, co stojí v čele. Aby byla změna v organizaci účinná, mělo by vedení organizace své zaměstnance informovat, především motivovat, aby se na inovacích podíleli a změnu následně přijali. Je důležité, aby zaměstnanci věděli, jaká je vize a jaké jsou cíle managementu, jaká strategie bude pro dosažení změny použita. Případně jaká možná pozitiva či negativa změna přinese. (9, s. 43) S. Crainer konstatuje, že „změna musí lidi strhnout.“ Autor dodává, že neúspěch inovačních aktivit v organizaci je zapříčiněn v nedostatečně věnované pozornosti zaměstnancům organizace, tedy jejich postojům a chování. Je pochopitelné, že lidé mají ze změn obavy, neboť je staví do nejistoty, např. v oblasti náplně práce nebo odpovědnosti. (4, s. 34 - 36) Pracovníci, kteří již zažili neúspěšné pokusy o změnu, mohou zaujímat negativní postoj vůči těmto aktivitám a vyvozovat pesimistické závěry. Může to být důvod, proč se změnám vyhýbají. Přijmutí změny pro člověka znamená dělat věci jinak, než byl doposud zvyklý. (34, s. 25) Jelikož se tato magisterská práce zabývá kvalitou pečovatelských služeb na Rakovnicku, následující odstavce budou věnovány doporučení, které by z mého pohledu zlepšily kvalitu

pečovatelských služeb na území bývalého okresu Rakovník. Doporučení, které v následujících řádcích uvádím, vycházejí z nedostatků, které byly zjištěny v rámci provedených výzkumů pro tuto magisterskou práci a všeobecných poznatků z oblasti pečovatelských služeb na Rakovnicku.

Nedostatkem, který vnímají klienti i vedení pečovatelských služeb na Rakovnicku, je doba, kdy může být klientům pečovatelská služba poskytována. Jedná se o *absenci celodenní péče o uživatele pečovatelských služeb*, která snižuje kvalitu poskytovaných služeb. Management pečovatelských služeb by měl usilovat o zabezpečení celodenní péče jejích klientů, neboť vizí pečovatelských služeb je umožnit setrvání člověku co nejdéle v jeho přirozeném prostředí. Možným řešením, které je ovšem vázáno na finanční situaci pečovatelských služeb, je zavedení dvousměnného provozu organizace (od 6 hodin – do 22 hodin). Pracovníci přímé péče by pečovatelskou službu vykonávali v ranní a odpolední směně tak, že by se směny po týdnu střídaly. Tímto způsobem by management zabezpečil pečovatelskou službu klientům, jejichž situace vyžaduje péči v brzkých ranních a večerních hodinách. Z poznatků, které jsem získala v pečovatelských službách na okrese Rakovník, je mi známo, že pracovníci přímé péče odmítají pracovat v nočních hodinách. Aby byla pečovatelská služba zajištěna i přes noc, navrhovala bych z počátku zavést noční službu jedné/jednoho pečovatelky/pečovatele v domech s pečovatelskou službou. Tato situace by vyžadovala navýšit počet personálu, především pracovníků přímé péče, tedy pečovatelů. Dalším faktorem, který ovlivňuje realizaci mého návrhu, je finanční situace pečovatelských služeb na Rakovnicku. Jelikož pečovatelské služby mají možnost od 1. 1. 2007 čerpat státní dotaci, domnívám se, že navýšení rozpočtu organizace by bylo reálné. Ovšem většina pečovatelských služeb na Rakovnicku jsou tzv. malé organizace, tzn. že disponují s počtem personálu do 25 osob. Při navýšení personálu by pro ně platily jiné podmínky, které opět navyšují finanční stránku věci. Bylo by vhodné, aby navržené doporučení konzultoval management organizace s finančním manažerem a zřizovatelem, pokud se nejedná o soukromou organizaci.

V předchozím odstavci jsem zmínila potřebu navýšení personálu pečovatelských služeb na Rakovnicku, především pracovníků přímé péče. Z kvalitativního výzkumu vyplývá, že pečovatelé nemají dostatek času na *individuální přístup ke klientovi*. Především Pečovatelská služba Rakovník, Wintrovo nám. 1903, a Okresní pečovatelská služba Nové Strašecí, o.p.s. disponují velkým počtem klientů. Nicméně počet personálu adekvátně neodpovídá počtu jejích klientů. Z toho důvodu není možné, aby se klientovi pečovatelé dostatečně věnovali a uspokojili tak jejich potřeby a přání kontaktu s druhým člověkem. Doporučovala bych *navýšení počtu personálu* i z toho důvodu, *aby se*

pečovatelé mohli klientovi dostatečně věnovat a realizovat u něj individuální přístup. Dalším možným řešením je *nákup automobilů*. Auta by ušetřila čas zejména těm pečovatelům/kám, kteří/ré poskytují péči v terénu, tzn. docházejí za klienty do jejich domácností. Čas, který stráví pečovatelé na cestách (po městě či obci většinou chodí pěšky), by ušetřili jízdou automobilem a mohli tak déle setrvat u klienta. Navýšení personálu souvisí i s *rozvozem obědů*, kdy pečovatelé „mezi dveřmi“ předají jídlonosič a bez promluvení s klientem odcházejí dále. Pokud by pečovatelské služby disponovaly vyšším počtem personálu a automobilů, samotný rozvoz obědů by se urychlil a pečovatel by měl více času na případný hovor s klientem.

I přesto, že v současné době probíhá mnoho školení pro pracovníky v sociálních službách, doporučovala bych, aby management pečovatelských služeb na Rakovnicku vysílal své *pečovatele na školení, která jsou zaměřena na komunikaci s klientem*. Z hlediska výsledků provedeného kvantitativního výzkumu je komunikace personálu s klientem v pořádku, nicméně se domnívám, že právě komunikace je důležitým faktorem pro důvěrný vztah mezi pečovatelem a uživatelem sociální služby.

Nedostatek, který na území bývalého okresu Rakovník spatřuji, je *absence tísňové péče u klientů pečovatelských služeb*. Jelikož většina pečovatelských služeb neposkytuje celodenní péči, nemají tak klienti možnost okamžité pomoci v případě, nastane-li krizová situace. Tísňová péče monitoruje klienta v jeho bytě a je s ním v oboustranném spojení (klient – operátor tísňové péče). Nastane-li krizová situace, klient má možnost přivolat pomoc stisknutím tísňového tlačítka, které nosí většinou na krku. Doporučovala bych managementu pečovatelských služeb navázat kontakt s občanským sdružením Život 90, které tísňovou péči Areion poskytuje. Jedná se o největšího poskytovatele tísňové péče v České republice s dlouholetou zkušeností a působností na celém území České republiky. Další organizací, která tísňovou péči poskytuje a lze u ní získat potřebné informace, je Gerontologické centrum v Praze 8. Domnívám se, že navázání pečovatelské služby na tísňovou péči zefektivní zabezpečení seniorů a osob se zdravotním postižením v domácím prostředí i v domech s pečovatelskou službou. Umožní tím rychlé zavolání pomoci v případě krize či potřeby klienta a sníží tak následky pozdního příjezdu pomoci.

Dalším doporučením pro management pečovatelských služeb na Rakovnicku je, aby *spolupracovali se zdravotnickými zařízeními, jako jsou agentury domácí péče*. Propojenost a návaznost terénních sociálních služeb (pečovatelských služeb) na domácí péči hodnotím za efektivní poskytování péče. Na Rakovnicku působí nově vzniklé agentury domácí péče, jejichž vedení by mělo kontaktovat pečovatelské služby a spolupracovat s nimi. Propojení

a spolupráce zdravotních a sociálních služeb by se nemělo zaměřovat jen na pečovatelské služby a agentury domácí péče, ale na celou oblast její působnosti.

Podstatnou složkou zdravotnického a sociálního systému je *respitní péče*. Na Rakovnicku není žádný subjekt, který by tuto péči poskytoval. Domnívám se, že je to nedostatek, který na území bývalého okresu Rakovník je třeba odstranit. Pečovatelské služby by měly informovat rodinné příslušníky jejich uživatelů o možnosti využití odlehčovacích služeb. *Spolupráce mezi poskytovateli pečovatelských a odlehčovacích služeb* by byla vhodná pro zefektivnění systému zdravotně-sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením a také jejich rodinné příslušníky, kteří o ně pečují. V současné době se Pečovatelská služba Rakovník, Wintrovo nám. 1903, snaží apelovat na město Rakovník, jejího zřizovatele, aby uvolnil finanční prostředky na respitní péči. V rámci prostor pečovatelské služby by management rád zřídil respitní lůžko. Město Rakovník, hlavní donátor pečovatelské služby, nepodporuje tento záměr, proto jediné, co v této situaci mohu doporučit, je získat politický vliv Rady města Rakovníka na stranu pečovatelské služby, propagovat smysluplnost a potřebnost respitní péče.

V rámci kvalitativního výzkumu jsem zjistila, že pečovatelská služba není zajištěna ve všech obcích bývalého okresu Rakovník. Důvody, proč pečovatelská služba není zajištěna ve všech obcích Rakovnicka, uvádím v kapitole 3.3. Dostupnost pečovatelských služeb na Rakovnicku. Nicméně se domnívám, že problematika absence pečovatelské služby v obci leží na bedrech pověřených obecních úřadů, které by situaci měly řešit. V případě, že pečovatelská služba své úkony v obci neposkytuje a občan péči potřebuje, je třeba *do péče zapojit rodinné příslušníky*. Dalším možným řešením je *sousedská výpomoc*. V kompetenci pověřeného obecního úřadu je zajištění *přednostního umístění žadatele do domova pro seniory nebo domu s pečovatelskou službou, dočasné umístění do léčebny následné péče či sociální lůžko*. Důležité ovšem je, aby pověřená obec hledala pro občana trvalé řešení a neponechávala jej v přechodné situaci bez další pomoci.

Uvědomuji si, že proces změn v organizaci je náročný pro všechny pracovníky, zejména pro pracovníky přímé péče – pečovatele. Proto mým posledním doporučením, které považuji za stěžejní pro pečovatelské služby na Rakovnicku, je *účast jejich pracovníků na supervizních sezeních*. Z. Havrdová uvádí, že „supervize je specifická metoda podpory změn v organizaci, jejímž základem je křehký a nemanipulovatelný proces dialogu a reflexe.“ (19, s. 72) Pomocí supervize mají pečovatelé možnost diskutovat a reflektovat nové situace v organizaci, problematické okamžiky s klienty či změny, které v organizaci nastaly nebo jsou v očekávání.

4. ZÁVĚR

V souvislosti s přijetím zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách se v oblasti sociálních služeb začalo apelovat na kvalitu poskytovaných služeb, kterou deklaruje sám uvedený zákon. Kvalitní sociální služba by měla reagovat na individuální potřeby a přání uživatelů, ale i uspokojovat zájmy jejích zadavatelů. Měla by být dostupná, přiměřená, efektivní, autonomní, hospodárná a pro uživatele bezpečná. Spokojenost jejích uživatelů je považována za kritérium, jež dokazuje kvalitu organizace.

Jedním z druhů sociálních služeb jsou pečovatelské služby. Tato magisterská práce se věnovala pečovatelským službám na území bývalého okresu Rakovník ve Středočeském kraji České republiky, zejména jejich kvalitě a dostupnosti na Rakovnicku.

Teoretická část této magisterské práce se zabývá kontextem pečovatelských služeb a jejích uživatelů. Na základě studia literatury popisuje problematiku stárnutí a stáří, kde mj. pojednává o příčinách, proč senioři a osoby se zdravotním postižením využívají pomoc pečovatelské služby. Následně se věnuje vymezení pojmu „sociální služba“ a jejímu členění. Popisuje, kdo jsou uživatelé, poskytovatelé a zřizovatelé sociálních služeb. Závěr teoretické části je věnován kvalitě v sociálních službách a kvalitě obecně.

Empirickou část tvoří tři navazující celky. Výzkum byl započat kvalitativním výzkumem, který analyzoval indikátory kvality pečovatelských služeb na Rakovnicku. Jelikož spokojenost uživatelů se stala prioritním ukazatelem kvality pečovatelských služeb, další fází tvořil kvantitativní výzkum. Ověřil, co ovlivňuje celkovou spokojenost klientů s poskytovanými službami na území bývalého okresu Rakovník a zjistil, v čem uživatelé pečovatelské služby spatřují nedostatky v poskytování služeb.

Přidanou hodnotou magisterské práce, a tedy třetí fází empirické části, je analýza dostupnosti pečovatelských služeb na Rakovnicku. Vytvořila jsem mapku dostupnosti (příloha 10) pečovatelských služeb, která zobrazuje saturaci pečovatelskými službami na okrese Rakovník.

Cílem magisterské práce bylo zmapování a analýza pečovatelských služeb na Rakovnicku se zaměřením na kvalitu poskytovaných služeb. Tento cíl byl splněn a výsledkem magisterské práce je doporučení na změnu v oblasti řízení pečovatelských služeb, které podporuje zlepšování kvality poskytovaných služeb. Kapitola 3.5. Návrh doporučení na změnu v oblasti řízení kvality pečovatelských služeb na Rakovnicku zobrazuje toto jmenované doporučení.

LITERATURA

1. *Bílá kniha v sociálních službách*, www.mpsv.cz, on line, 21. 5. 2008.
2. BLAŽKOVÁ, J.: *Herní práce a možnosti jejího využití v komunikaci*, Magisterská práce, FHS UK, Praha, 2007.
3. *Cíle sociálních služeb*, www.mpsv.cz, on line, 10. 5. 2008.
4. CRAINER, S.: *Moderní management: Základní myšlenkové směry*. Praha: Management Press, 2000.
5. DESSAINT, M. P.: *Nezačínajte stárnout*. Praha: Portál, 1999.
6. DISMAN, M.: *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2006.
7. DRUCKER, P. F.: *Inovace a podnikavost: Praxe a principy*. Praha: Management Press, 1993.
8. *Druhy sociálních služeb*, www.mpsv.cz, on line, 9. 5. 2008.
9. EVANS, P., DOZ, Y., LAURENT, A.: *Human resource management in international firms: Change, globalization, innovation*. Worcester (GB): Macmillan Academic and Professional, 1990.
10. FÚZIKOVÁ, E.: *Informovanost seniorů o terénních sociálních službách ve Středočeském kraji*, Magisterská práce, ZSF JU, České Budějovice, 2006.
11. *Geriatricie*, www.cggs.cz, on line, 27. 4. 2008.
12. *Gerontologické centrum*, www.gerontocentrum.cz, on line, 11. 5. 2008.
13. GRUBEROVÁ, B.: *Gerontologie*. České Budějovice: ZSF JU, 1998.
14. HAŠKOVCOVÁ, H.: *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1989.
15. HAŠKOVCOVÁ, H.: *Lékařská etika*. 3. vydání. Praha: Galén, 2002.
16. HAŠKOVCOVÁ, H.: *Manuálek sociální gerontologie*. České ošetřovatelství. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002.
17. HAŠKOVCOVÁ, H., osobní sdělení, 17. 3. 2008.
18. HAŠKOVCOVÁ, H. (rec.): *Sociální služby* (Matoušek, O. a kol., Praha: Portál, 2007) Odborný svaz zdravotně sociální péče ČR, 2008, 3, s. 26.
19. HAVRDOVÁ, Z., HAJNÝ, M., et al.: *Praktická supervize: Průvodce supervizí pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize*. Praha: Galén, 2008.
20. HENDL, J.: *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005.
21. HOFMANOVÁ, L.: *Příspěvek k organizaci domácí péče*, Magisterská práce, FF UK, Praha, 1998.

22. HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K.: *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2003.
23. HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K.: *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2007.
24. HOLMEROVÁ, I., ROKOSOVÁ, M., VAŇKOVÁ, H., VELETA, P.: *Systém zdravotní a sociální péče v České republice s ohledem na problematiku rodinných pečujících*, Čas. Geront. akt., 2004, 2, 30 – 32.
25. HOLMEROVÁ, I., DRÁBKOVÁ, H., JABŮRKOVÁ, M.: *Úvod do kvality aneb kvalita jako diktát doby*, studijní text Katedry řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizací, FHS UK, 2007.
26. *Indikátor kvality*, <http://portalkvality.mzcr.cz>, on line, 10. 6. 2008.
27. JEŘÁBEK, H. a kol.: *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: CESES FSV UK, 2005.
28. JURAŠKOVÁ, B.: *Příspěvek na Pražských gerontologických dnech*, Praha, 28. 5. 2008.
29. KALVACH, Z.: *Pane doktore, tak co s tím uděláme*. Čas. Generace, 3, 2006, s. 36.
30. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, et al.: *Geriatrie a gerontologie*. Praha: Grada, 2004.
31. KALVACH Z. a kol.: *Úvod do gerontologie a geriatrie*. I. díl. Praha: Karolinum, 1997.
32. KÁRNÍKOVÁ, P.: *Indikátory kvality ošetrovatelské péče jako součást systému řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*, Magisterská práce, 1. LF UK, Praha, 2006.
33. KASALOVÁ, H.: *Problémy starých občanů se sníženou soběstačností*. Bratislava: VÚPSV, 1991.
34. KOTTLER, J. P.: *Vedení procesu změny: Osm kroků úspěšné transformace podniku v turbulentní ekonomice*. Z angl. orig. Leading Change, Massachusetts, Boston: Harward Business School Press, 1996, přel. Hana Škarpová. Praha: Management Press, 2004.
35. KOZLOVÁ, L.: *Sociální služby*. Praha: Triton, 2005.
36. KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E.: *Sociální služby a příspěvek na péči*. Olomouc: Anag, 2007.
37. KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E.: *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. Brno: Anag, 2005.
38. *Kritéria pro umísťování občanů do domů s pečovatelskou službou v Rakovníku*, www.mesto-rakovnik.cz, on line, 31. 5. 2008.

39. *Kvalita v sociálních službách*. 1. vyd. Praha: MPSV, 2002.
40. LÜFTNEROVÁ, Z., osobní sdělení, 22. 5. 2008.
41. MADAR, J. a kol.: *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. Praha: Grada Publishing, 2004.
42. MAŘÍKOVÁ, J.: *Zvláštnosti ošetřování v domácnosti*, Magisterská práce, FF UK, Praha, 1986.
43. MATOUŠEK, O. a kol.: *Sociální služby: Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007.
44. MÁTL, O., JABŮRKOVÁ, M.: *Kvalita péče o seniory: Řízení kvality dlouhodobé péče v ČR*. Praha: Galén, 2007.
45. *Měření kvality*, <http://portalkvality.mzcr.cz>, on line, 14. 6. 2008.
46. MICHALÍK, J.: *Metodika přípravy poradců uživatelů sociálních služeb*. Praha: NRZP ČR, 2007.
47. MISCONIOVÁ, B., PRŮŠA, L., VOSTROVSKÁ, H.: *Integrovaná domácí sociálně zdravotní péče*. Praha: VÚPSV, 2003.
48. MUSIL, L., HUBÍKOVÁ, O., KUBALČÍKOVÁ, K.: *Kultura poskytování osobních sociálních služeb: případová studie Pečovatelské služby*. Praha: VÚPSV, 2003.
49. NEUMANNOVÁ, H.: *Domácí péče jako jedna z možností práce zdravotní sestry v nestátním zdravotnictví*, Magisterská práce, FF UK, Praha, 1994.
50. Okres Rakovník, www.czso.cz, on line, 20. 6. 2008.
51. PACOVSKÝ, V.: *Proti věku není léku*. Praha: Karolinum, 1997.
52. PAVLICA, K. a kol.: *Sociální výzkum podnik a management: Průvodce manažera v oblasti výzkumu hospodářských organizací*. 1. vyd. Praha: EKOPRESS, 2000.
53. *Pečovatelská služba*, www.mcpraha16.cz, on line, 21. 5. 2008.
54. *Pečovatelská služba*, www.upice.cz, on line, 21. 5. 2008.
55. *Pečovatelská služba*, www.zruc.cz, on line, 21. 5. 2008.
56. *Pečovatelská služba v České republice*, www.caps-os.cz, on line, 15. 2. 2008.
57. PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I.: *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, 1998.
58. PRŮŠA, L.: *Efektivnost sociálních služeb: vybrané prvky a aspekty*. Praha: VÚPSV, 2007.
59. PRŮŠA, L. et al.: *Obce, města, regiony a sociální služby*. Praha: SOCIOPRESS, 1997.
60. Registr poskytovatelů sociálních služeb, www.mpsv.cz, on line, 26. 6. 2008.
61. ŠKRLOVI, P. a M.: *Kreativní ošetřovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003.

62. STRAUSS, A., CORBIN, J.: *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Z angl. orig. Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques, Sage, Newbury Park, California, USA, 1990, přel. Ježek, Stanislav. Boskovice: Albert, 1999.
63. *Tísňová péče Areion*. Praha: Občanské sdružení Život 90, 2006.
64. TOMEŠ, I.: *Sociální politika, teorie a mezinárodní zkušenost*. 2. vydání. Praha: Socioklub, 2001.
65. ÚZ. Sociální zabezpečení. Ostrava: Sagit, 2004.
66. VEBER, J.: *Řízení jakosti a ochrana spotřebitele*. Praha: Grada, 2007.
67. VEBER, J. a kol.: *Management kvality ve zdravotnictví se zaměřením na kvalitu nezdravotnických služeb*. Praha: IGA MZ ČR, 2006.
68. VENGLÁŘOVÁ, M.: *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada, 2007.
69. VESELÁ, Jitka.: *Sociální služby poskytované seniorům v domácnostech*. Praha: VÚPSV, 2003.
70. VURM, V.: *Vybrané kapitoly ze sociálního lékařství*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta JU, 2000.
71. *Výroční zpráva Života 90*. Praha: Život 90, o. s., 2006.
72. WEBER, P.: *Příspěvek na Pražských gerontologických dnech*, Praha, 28. 5. 2008.
73. ZAVÁZALOVÁ, H.: *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum, 2001.
74. *Zákon o sociálních službách*, www.stredocech.cz, on line, 9. 5. 2008.
75. *Žít v přirozeném prostředí*, www.mpsv.cz, on line, 20. 5. 2008.

PŘÍLOHY

- Příloha 1: Projekt magisterské práce
- Příloha 2: Informační dopis
- Příloha 3: Otázky pro rozhovor
- Příloha 4: Přepis rozhovoru
- Příloha 5: Dotazník pro klienty žijící v DPS
- Příloha 6: Dotazník pro klienty žijící v domácím prostředí
- Příloha 7: Popis dotazovaného vzorku pro kvantitativní výzkum
- Příloha 8: Grafy rozložení indexu spokojenosti
- Příloha 9: Služby poskytované pečovatelskou službou podle vyhlášky č. 505/2006 Sb.
- Příloha 10: Mapa dostupnosti pečovatelských služeb na Rakovnicku
- Příloha 11: Poloha okresu Rakovník v České republice